CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

EN CAS DE GROS ŒUF

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Mai 1907

PAR

M. PANAIOTOFF Cyrille

Né à Tirnovo (Bulgarie), le 14 mars 1884

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président*.	MM. GUÉRIN, *agrégé*.
VALLOIS, *professeur*.	JEANBRAU, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de vive reconnaissance.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

C. PANAÏOTOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUÉRIN-VALMALE

Témoignage de reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

C. PANAÏOTOFF.

AVANT-PROPOS

Au moment de nous éloigner de la Faculté de médecine de Montpellier, nous tenons à assurer de notre respectueuse gratitude tous nos maîtres qui nous ont dirigé vers le but où nous touchons aujourd'hui.

Nous témoignons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le professeur Carrieu ; nous sommes vraiment fier du grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions aussi des nombreux enseignements de clinique médicale qu'il nous a donnés dans son service de l'Hôpital Suburbain.

M. le professeur Vallois a bien voulu nous communiquer deux intéressantes observations tirées de sa clientèle privée : qu'il veuille agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Mais nous nous sentons surtout obligé envers notre maître M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, car c'est à lui que nous devons toutes nos connaissances d'obstétrique que nous avons puisées à la Maternité de Montpellier, lorsqu'il avait le service, pendant l'année 1904-1905, ainsi qu'au cours qu'il a fait à la Faculté de Médecine. Les nombreux enseignements qu'il nous a donnés sont si précieux pour nous qu'à chaque instant dans notre clientèle son nom sera présent à notre esprit. Il n'a pas voulu nous quitter jusqu'au

dernier moment de nos études, il nous inspira le sujet de notre thèse et nous guida, par ses précieux conseils, durant tout notre travail. Ne sachant comment le remercier des nombreuses occasions dans lesquelles il nous a été utile et qu'il serait trop long d'exposer ici, nous lui faisons la sincère promesse de garder éternellement son bon souvenir.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Jeanbrau d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

EN CAS DE GROS ŒUF

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce travail entrepris sous l'inspiration et sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, d'étudier un certain nombre de cas de grossesse et accouchement de gros œuf.

Nous entendons par *gros œuf*, l'œuf qui, ayant conservé entre ses différentes parties des proportions à peu près normales, présente dans son ensemble un volume et un poids très supérieurs à la moyenne. En pratique, c'est là un œuf à gros fœtus et à gros placenta.

Nous considérons, comme gros enfants, tous ceux qui, au moment de la naissance, dépassent le poids de 4 kilogrammes ; le poids du placenta présentant à peu près le sixième du poids de l'enfant.

Nous laissons systématiquement de côté les cas où le fœtus a présenté quelques monstruosités, ainsi que ceux dans lesquels l'excès de développement portait seulement sur une ou plusieurs de ses parties, comme par exemple les cas

d'hydrocéphalie, d'encéphalocèle congénitale, d'hydrothorax, d'ascite du fœtus, d'œdème généralisé, de tumeurs fœtales, etc... Pour mieux rester fidèle à notre définition, nous ne comprendrons pas non plus dans notre étude les faits d'hydramnios, dans lesquels l'œuf est volumineux par suite de l'abondance du liquide amniotique, mais dans lesquels le poids du fœtus ne dépasse pas 4 kilogrammes, se trouvant même au-dessous du poids normal du fœtus à terme (3 kil. à 3 kil. 500 gr.) et où le poids du placenta n'est pas en proportion avec le poids du fœtus.

Dans les observations que nous rapportons à la fin de notre travail, le poids des enfants, au moment de la naissance, varie entre 4 kil. 015 grammes et 5 kil. 250 grammes. Ce ne sont pas là des poids excessifs, on en a cité de notablement supérieurs.

Nous divisons notre travail en six chapitres : dans le premier chapitre nous envisageons l'étiologie du gros œuf ; dans le deuxième chapitre, nous étudions les symptômes ; dans le troisième, le diagnostic ; dans le quatrième, le mécanisme de l'accouchement ; dans le cinquième chapitre, nous indiquons la conduite à tenir pendant la grossesse et pendant l'accouchement ; dans le sixième et dernier chapitre, nous étudions le pronostic pour la mère et pour l'enfant.

A la fin de ce travail, nous rapportons quelques observations prises à la Maternité de Montpellier.

Notre maître M. le professeur Vallois a bien voulu nous communiquer deux intéressantes observations tirées de sa clientèle privée (observations I et II).

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Les principales causes étiologiques qu'on peut invoquer dans les cas de gros œufs, peuvent être classées de la manière suivante :

I. Causes tenant au père. — Race et civilisation ; taille ; constitution ; volume de la tête ; largeur des épaules ; âge ; santé générale.

II. Causes tenant à la mère. — Race et civilisation ; taille ; constitution ; âge ; santé générale ; repos ; époque de l'établissement et régularité de la menstruation ; parité ; durée de la grossesse.

III. Causes tenant à l'œuf. — Sexe de l'enfant ; syphilis de l'œuf.

I. Causes tenant au père. — Il est évident que la race et le degré de civilisation du père doivent avoir une influence sur le développement du produit de conception. C'est ce qui expliquerait en partie les difficultés de l'accouchement, d'autant plus grandes que la race est plus civilisée.

Pour notre part, nous avons remarqué que les enfants turcs sont moins bien développés au moment de leur naissance que les enfants bulgares au même moment.

La constitution, la taille, le volume de la tête, la largeur

des épaules du père auraient, d'après certains auteurs, une influence sur le développement de l'enfant dans le sein de sa mère. C'est ainsi que pour La Torre cette influence serait d'une importance sérieuse, capitale, exclusive même. Il déclare que la taille, le poids, l'état de santé de la mère n'influe en rien sur le développement du produit de conception et que, quand le père est en bonne santé, les seules causes qui exercent le maximum d'influence sur le développement du fœtus sont la taille, la largeur des épaules, le volume de la tête du père. Il va même plus loin en rejetant, au profit de sa théorie, comme non soutenable, l'assertion que les enfants des multipares sont cliniquement plus gros. Dans ses discussions il arrive à la conclusion suivante : « De toutes les prétendues conditions admises jusqu'à ce jour comme aptes à favoriser ou à entraver le développement du fœtus, il n'en est pas une qui résiste et conserve une influence sérieuse, en comparaison d'une maladie constitutionnelle du père. »

L'influence de la constitution du père était d'ailleurs admise par beaucoup d'anciens accoucheurs, et l'un d'eux recommandait même aux mères de ne pas donner leurs filles en mariage à des hommes aux épaules larges, de crainte de difficultés dans les accouchements futurs.

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur cette influence du père, parce que les renseignements à ce point de vue manquent complètement à nos observations.

L'âge du père a certainement une influence sur le développement du fœtus. Il est, en effet, prouvé et admis par tous que les enfants de pères trop avancés en âge ne sont jamais de gros enfants au moment de leur naissance.

Ordinairement les gros fœtus sont procréés par des hommes bien portants. Mais cette règle souffre des exceptions,

et on peut voir un père atteint d'une maladie chronique procréer de gros enfants.

II. Causes tenant à la mère. — Il est évident que si la race et la civilisation du père ont une influence sur le développement du produit de conception, cette même influence doit être exercée aussi par la race et la civilisation de la mère.

Si certains auteurs, comme La Torre, n'admettent pas l'influence de la constitution et de la taille de la mère sur le développement de l'enfant, il y en a d'autres qui ont une opinion contraire. C'est ainsi que Alb. Marx fait jouer une influence importante à la constitution de la mère sur le développement du fœtus. De même Gessner et Frankenhaeuser croient à l'influence exercée par la taille de la mère sur le volume de son produit. Naturellement cette règle, comme beaucoup d'autres, n'est pas absolue. Nous voyons, en effet, Délépine citer le cas d'un enfant très volumineux, si volumineux même qu'on dut pratiquer l'embryotomie, né d'une mère petite et de mine chétive ; et dans nombre de cas des femmes de taille très réduite, sur lesquelles on doit pratiquer l'opération césarienne, donnent ainsi le jour à de très beaux enfants.

Influence de l'âge de la mère. — Il est admis par tous les auteurs que l'âge de la mère a une influence sur le poids et le volume du fœtus à terme. C'est ainsi que Wernich écrit : « L'âge de la mère influe sur l'accroissement du poids de l'enfant ». Duncan dit : « Le poids des enfants nouveau-nés augmente avec l'âge de la mère jusqu'à 29 ans ».

Il est évident, en effet, que pour que le produit de conception soit bien développé, il faut que la maturité génitale de la femme soit complète, et plus cette maturité génitale de la mère sera complète, plus le produit de conception aura des chances d'être bien développé. Cela est vrai, bien en-

tendu, jusqu'à un certain âge. En effet, on avait remarqué depuis longtemps que les enfants des primipares qui ont dépassé un certain âge sont, au moment de leur naissance, plus petits que ceux de femmes moins âgées, au même moment. Cet âge de limite n'est pas le même pour les différents auteurs. C'est ainsi que Duncan, comme nous l'avons vu plus haut, admet, comme limite, l'âge de 29 ans. Il est de 30 ans pour d'autres accoucheurs.

Si nous consultons à ce sujet nos observations, nous obtenons les résultats suivants :

L'âge de la plupart des femmes de nos observations varie entre 29 ans et 34 ans, dont la plus grande partie sont des multipares, mais il y en a de plus jeunes et de plus âgées.

Les deux primipares les plus jeunes ont 18 ans et 20 ans et les poids respectifs de leurs enfants, au moment de la naissance, sont de 4 kil. 090, 4 kil. 190. La primipare la plus âgée a 33 ans et son enfant pèse 5 kil. 250.

La femme la plus âgée de celles dont nous rapportons les observations a 41 ans et son enfant pesait, au moment de la naissance, 4 kil. 100. Mais c'est une grande multipare.

Influence de la santé générale et du repos de la mère. — Ordinairement les gros fœtus naissent de femmes bien portantes. Une femme atteinte d'une maladie générale chronique ne donne pas naissance à de gros enfants. Cependant il y a des exceptions à cette règle. Brothers cite, en effet, le cas d'une femme âgée de 35 ans, IXpare, qui a eu antérieurement à sa grossesse des hémoptysies dues à de la tuberculose pulmonaire confirmée. L'accouchement a été laborieux. L'enfant, pesant 6 kil. 336, dut être morcelé. La mère mourut 18 heures après, l'intervention ayant probablement hâté sa fin.

Le repos de la mère pendant la grossesse a une influence notable sur le développement du produit de conception. On

a remarqué, en effet, depuis longtemps, que les enfants des surmenées ne sont jamais de gros enfants.

A titre d'exception, nous devons citer le cas rapporté par Duncan dans le *Mouvement médical*, 1877, n° 14, p. 210. Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, VIpare, qui a marché jusqu'au dernier jour et pour ainsi dire jusqu'au dernier moment sans trop de difficultés. Chaque matin à 4 heures, ses occupations l'obligeaient à faire un trajet d'un kilomètre ; et le jour même de son accouchement elle ne s'est pas abstenue de cette course. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant pesant 5 kil. 750.

Influence de l'époque de l'établissement et de la régularité de la menstruation. — Hecker, Mathews, Duncan et Wernich ont fait des travaux remarquables au sujet de l'influence du développement tardif ou prématuré de la puberté chez la mère sur le développement du produit de conception. Pour ces auteurs et pour certains autres l'âge de l'établissement de la menstruation chez la mère aurait une influence sur le poids du fœtus au moment de sa naissance.

L'âge de l'établissement de la menstruation chez la plupart des femmes dont nous rapportons les observations varie entre 13 ans et 16 ans. Mais comme d'une part c'est l'âge habituel de l'instauration menstruelle dans le Midi de la France, et comme, d'autre part, nous avons dans nos observations, des femmes qui ont été réglées avant l'âge de 13 ans et d'autres après l'âge de 16 ans, cette cause ne nous paraît pas bien démontrée par nos observations.

Quant à la régularité de la menstruation que nous trouvons dans toutes nos observations et qui exprime l'état des organes génitaux de la femme ainsi que son état général, elle nous paraît pouvoir être donnée comme l'une des causes du gros œuf.

Influence de la parité. — Il est admis, non seulement en

France, mais aussi à l'étranger, que le poids des enfants augmente avec le nombre des grossesses. C'est ainsi que Tarnier, par une statistique personnelle qui comprend tous les accouchements à terme ayant eu lieu à la Maternité pendant seize années, montre combien la multiparité favorise le développement du fœtus et de ses annexes quel que soit le sexe (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. « Fœtus »).

A ce sujet Hecker écrit : « Tout produit d'une grossesse répétée dépasse en poids les précédents ». Wernich, qui a fait beaucoup de recherches à ce sujet, est arrivé à la conclusion suivante : « Le nombre des accouchements influe sur l'accroissement du poids du fœtus au moment de la naissance. Ce facteur agit suivant une progression. »

Cette influence de la parité sur le développement de l'enfant dans le sein de sa mère peut être troublée par deux facteurs : 1° les accouchements trop rapprochés ; 2° la variation des sexes.

Il résulte en effet des nombreuses recherches de Wernich que les intervalles très courts entre les grossesses successives troublent la progression des poids des enfants au moment de leur naissance.

La statistique ci-dessous, que nous avons trouvée dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article « Fœtus » et qui est due à Wernich, montre nettement que la variation des sexes trouble l'accroissement du poids des enfants au détriment bien prononcé des filles venues plus tard.

	1er Fille	2me arçon
102 cas	3073 gr.	3309 gr.
	1er Garçon	2me Fille
105 cas	3326 gr.	3285 gr.
	1er Garçon	2me Garçon
133 cas	3375 gr.	3406 gr.
	1er Fille	2me Fille
80 cas	3218 gr.	3263 gr.

Influence de la durée de la grossesse. — Lorsque la grossesse se prolonge au-delà du terme normal, elle peut, en elle-même, être une cause de gros œuf. Le fait est admis par beaucoup d'accoucheurs. C'est ainsi que Tarnier et Budin, pour ne citer qu'eux parmi tant d'autres, écrivent dans leur *Traité d'accouchements* : « La prolongation de la grossesse au-delà des limites habituelles favorise l'augmentation du volume de l'enfant. Budin a vu deux faits de ce genre chez une même femme : l'un des enfants pesait 5 kil. 070 et l'autre 5 kil. 090. Chaque grossesse avait duré près de dix mois. » Gordon, Young, Maygrier et Edwards ont signalé des cas pareils. (« Les gros enfants », Dubois, thèse de Paris, 1897.)

M. Vallois attribue cette prolongation de la grossesse à ce fait que certains utérus sont plus extensibles et moins irritables que normalement et sont par conséquent destinés à dépasser le terme habituel de la grossesse.

De nombreux auteurs ont combattu cette idée que le poids excessif des enfants tenait parfois à une durée un peu anormale de la grossesse, et ces auteurs n'admettent en aucune façon les grossesses prolongées. C'est ainsi que Brechin dit à ce sujet : « Quant à la cause de la production de ces proportions gigantesques, nous ne pouvons que dire que c'est un « jeu de nature ». Quelques auteurs ont essayé de l'expliquer en supposant que l'enfant est porté au-delà de la

période de la gestation normale, mais les faits ne semblent pas confirmer cette vue de l'esprit, car, dans ces cas, l'enfant présente ordinairement des proportions de pygmée. »

Cependant, si l'on désigne sous le nom de grossesse prolongée, non pas des grossesses de 11, 12, 13 mois et plus, comme le voulaient les anciens accoucheurs, mais bien des grossesses légèrement prolongées d'un mois environ, la chose paraît certainement admissible, car nombre de faits tendent à montrer bien souvent une sorte de parallélisme entre la durée apparente de la grossesse et le volume de l'enfant à la naissance. C'est ainsi que dans « le compte-rendu de la Clinique obstétricale de Montpellier, de 1897-1898, M. Guérin-Valmale, dans une statistique portant sur tous les enfants de plus de 3.000 grammes nés dans le service, remarque que la durée moyenne de la grossesse va croissant régulièrement suivant qu'on examine les séries de fœtus, dont le poids va aussi croissant de 100 en 100 grammes.

Cette influence de la grossesse prolongée sur le poids du fœtus à la naissance est nettement démontrée par quelques-unes des observations que nous rapportons à la fin de notre travail et dont les plus démonstratives sont : l'observation première, où deux grossesses successives ont dépassé le terme normal de la grossesse et se sont terminées par la naissance d'enfants de poids respectifs : 4 kil. 800 grammes et 4 kil. 300 grammes ; l'observation II, où l'accouchement s'est fait 302 jours après le début apparent de la grossesse, et l'enfant pesait 5 kil. 250 grammes ; l'observation XXXIII, où l'âge approximatif de la grossesse était de dix mois au moment de l'apparition des premières douleurs, et l'enfant pesait 4 kil. 270 grammes.

III. Causes tenant à l'œuf. — Le sexe de l'enfant a une influence indéniable sur son poids au moment de la naissance.

On admet en effet que les garçons sont plus volumineux et plus lourds à la naissance que les filles.

Simpson disait : « Les fœtus mâles sont plus volumineux que les féminins et nécessitent plus souvent une intervention ».

Nous faisons remarquer que la plupart de nos observations se rapportent à des enfants de sexe masculin.

Syphilis de l'œuf. — Certains auteurs, parmi lesquels nous citons Pinard et Beach, font jouer à la syphilis de l'œuf une influence sur le développement exagéré du fœtus.

La plupart de ces accoucheurs invoquent la syphilis de l'œuf comme cause de gros œuf, parce que dans certaines observations de gros enfant on a noté un placenta trop volumineux pour le fœtus et en même temps de l'abondance du liquide amniotique, deux choses qui permettent de soupçonner l'infection syphilitique.

Dans aucune de nos observations nous ne trouvons de soupçons de syphilis.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la grossesse dans le cas de gros œuf sont les mêmes que ceux de la grossesse ordinaire, mais quelques-uns d'entre eux sont plus accentués.

C'est pour cela que nous ne faisons que mentionner la suppression des règles, les modifications du système cutané et des seins. Tous ces symptômes ne présentent rien de particulier.

Il n'en est pas de même de l'augmentation du volume de l'utérus et consécutivement de l'abdomen, ainsi que des phénomènes dus à la compression exercée par l'utérus portant un gros œuf.

Ces symptômes, qui existent aussi dans la grossesse ordinaire, sont plus accentués dans les cas de grossesse avec gros œuf. Mais cette exagération du développement de l'abdomen et de l'utérus et des phénomènes de compression n'est remarquée que dans les derniers mois de la grossesse.

Si on examine en effet une femme portant un gros œuf, on est tout de suite frappé par le défaut de proportion qui existe entre le développement de l'abdomen et l'âge de la grossesse. Le ventre est souvent en besace. La paroi abdominale est mince, distendue, l'éventration est assez fréquente, les veines sous-cutanées sus et sous-ombilicales sont souvent

bien apparentes, et il y a de nombreuses vergetures. Cependant ces dernières sont quelquefois peu nombreuses et même complètement absentes, car, comme dans les cas de grossesse ordinaire, leur existence et leur nombre dépendent non seulement du degré de distension de la paroi abdominale, mais encore de l'élasticité des tissus de cette paroi.

La même disproportion existe aussi entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse.

L'utérus, distendu par le gros œuf qu'il contient, a une tendance à basculer en avant, et comme la paroi abdominale est dans ces cas souvent peu résistante, l'utérus se met assez fréquemment en antéversion, surtout quand il s'agit de multipares.

Cet utérus ainsi distendu amène, par compression des différents organes, des troubles fonctionnels.

C'est ainsi qu'il amène, par refoulement du diaphragme, de la gêne respiratoire, de la dyspnée. Les femmes sont très essoufflées, ont parfois des troubles très accusés de la respiration et se croient quelquefois à terme alors qu'elles en sont encore loin.

Par compression des veines abdominales, l'utérus gravide amène des troubles du côté de l'appareil circulatoire. C'est ainsi que l'œdème mécanique des membres inférieurs est plus fréquent dans les cas de gros œufs que dans la grossesse ordinaire. Cet œdème peut rester limité aux membres inférieurs, mais souvent il envahit la vulve et même la paroi abdominale. L'œdème sus-pubien est en effet assez fréquent dans les cas que nous envisageons. On a noté aussi quelquefois des troubles cardiaques par excès de travail du cœur dus à cette compression exercée par l'utérus ainsi augmenté de volume.

Les varices des membres inférieurs et de la vulve sont fréquentes chez les femmes portant un gros œuf.

On a dit que dans les cas de gros œuf le col utérin pouvait s'effacer et même se dilater au cours de la grossesse.

Chez une primipare de nos observations, le col était un peu ouvert (observat. XXVIII). Quant à l'effacement du col, avant tout début du travail, par suite de la grande distension de l'utérus contenant un gros œuf, nous ne le trouvons signalé dans aucune de nos observations. Le segment inférieur de l'utérus est mince à cause de sa distension et souvent on sent une partie fœtale à travers sa paroi.

Quant au fœtus, il est le plus souvent en position longitudinale, et presque toujours c'est la tête qui est au détroit supérieur. Mais la partie fœtale qui s'y présente est rarement engagée avant tout début de travail, même chez les primipares.

Les femmes éprouvent aussi des douleurs, plus marquées qu'à l'ordinaire, siégeant dans le ventre, dans les reins et aux aines. Ces douleurs ne s'accompagnent pas d'hyperthermie.

Les vomissements d'ordre réflexe sont plus fréquents que dans les cas de grossesse ordinaire.

Quant à l'existence de l'albumine dans les urines, nous ne la trouvons signalée qu'une seule fois dans nos observations, et encore elle a été de courte durée. Dans tous les autres cas l'examen des urines a été fait, mais il a toujours été négatif au point de vue albumine.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic comporte deux points ; il faut en effet reconnaître : 1° s'il y a grossesse ; 2° s'il s'agit d'un gros œuf.

Le premier point du diagnostic, l'existence de la grossesse, se fait facilement par la constatation d'un des trois signes de certitude : 1° perception certaine des mouvements actifs du fœtus ; 2° la perception des bruits du cœur fœtal, qui nous met hors de doute ; 3° lorsque le doigt atteint une portion des membranes ou une partie fœtale à travers un col entr'ouvert (manœuvre dont on doit s'abstenir autant que possible), ou bien lorsqu'on reconnaît une partie fœtale à travers le segment inférieur, ce qui arrive souvent dans le cas de gros œuf, à cause de la minceur du segment inférieur par suite de la grande distension.

Quant au second point du diagnostic, il y a pour l'accoucheur un intérêt évident à pouvoir le poser non seulement lorsqu'il est appelé auprès d'une parturiente, mais encore lorsqu'il se trouve en présence d'une femme chez laquelle le travail n'est pas encore commencé. Il éviterait ainsi d'être pris au dépourvu. Une fois prévenu, il pourrait agir au mieux des intérêts de la mère et de l'enfant et éviterait ainsi d'avoir recours à ces expédients si désastreux, souvent fatals même,

dont l'énumération forcément restreinte que nous donnons plus loin ne rend compte que dans une bien faible mesure.

Nous avons dit, dans le chapitre précédent, que la plupart des symptômes de la grossesse de gros œuf sont les mêmes que ceux de la grossesse ordinaire. En effet, ni la suppression des règles, ni les modifications cutanées, ni les modifications des seins ne nous font penser à la possibilité de gros œuf.

Il n'en est pas de même des phénomènes de compression. Ces derniers sont souvent plus accentués que dans la grossesse ordinaire et attirent notre attention.

Mais ce qui nous fait surtout soupçonner l'existence de gros œuf, c'est le développement exagéré de l'abdomen. En effet, le défaut de proportion entre le développement de l'abdomen et l'âge de la grossesse est frappant. Mais cette disproportion nous fait seulement songer à la possibilité d'un gros œuf sans qu'elle nous permette à elle seule de faire le diagnostic.

Alors se pose le diagnostic entre les cas suivants : gros œuf, grossesse ordinaire avec accumulation de graisse dans la paroi abdominale, grossesse compliquée de tympanisme, grossesse compliquée d'ascite de la mère, grossesse compliquée de tumeur du foie ou de la rate, grossesse utérine compliquée de grossesse extra-utérine ou de kyste de l'ovaire, grossesse compliquée de fibrome utérin, grossesse compliquée de rétention d'urine, môle hydatiforme, hydramnios, grossesse gémellaire.

Dans le cas où l'exagération du volume de l'abdomen est due à la surcharge graisseuse de la paroi abdominale, le diagnostic est facile à faire en tenant compte de l'épaisseur de cette dernière et du volume réel de l'utérus qu'elle masque au regard.

Le tympanisme compliquant une grossesse ordinaire est

facilement relevé à la percussion, qui dénote de la sonorité dans une grande étendue du ventre et de la matité correspondant à l'utérus gravide. Cette matité nous permet de constater qu'il n'y a pas de disproportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse.

La grossesse ordinaire compliquée d'ascite de la mère peut être prise, à un examen superficiel, pour une grossesse de gros œuf. Mais l'erreur est facile à éviter si l'on prend la peine d'examiner la matité de l'abdomen en faisant prendre à la femme différentes positions qui, dans le cas d'ascite, change suivant la position qu'on fait prendre à la femme, chose qui ne peut pas se produire dans le cas de grossesse simple de gros œuf.

Quant aux cas de grossesse ordinaire compliquée de tumeur du foie ou de la rate, le diagnostic est facilement fait en se basant sur les symptômes dus à cette tumeur, à savoir : déformation de la région correspondante, matité se continuant avec la matité de l'organe correspondant et séparée par une zone sonore de la matité correspondant à l'utérus gravide.

Si le développement exagéré de l'abdomen était dû à une grossesse utérine compliquée de grossesse extra-utérine ou de kyste de l'ovaire, il y aurait deux tumeurs abdominales : l'une formée par l'utérus gravide et l'autre par la grossesse extra-utérine ou par le kyste de l'ovaire.

Le fibrome utérin compliquant une grossesse ordinaire se diagnostique facilement par le palper. On perçoit en effet, à part les pôles fœtaux, une tumeur qui est plus aisément perceptible pendant les contractions utérines.

L'erreur consistant à prendre pour un gros œuf une grossesse ordinaire compliquée de rétention d'urine est facile à éviter si on se conforme à la règle de s'assurer de la vacuité

de la vessie avant d'examiner l'abdomen d'une femme enceinte.

Le diagnostic entre le gros œuf et la môle hydatiforme est rarement à faire, parce que le diagnostic de gros œuf se pose dans les derniers mois de la grossesse, tandis que la môle hydatiforme évolue dans les premiers mois. Mais, quoi qu'il en soit, le diagnostic de la môle hydatiforme pourra être fait en tenant compte des hémorragies douloureuses et de l'expulsion de vésicules.

Le diagnostic entre gros œuf et hydramnios est plus fréquemment à faire que les diagnostics précédents. La sensation aisément perçue de fluctuation, la grande mobilité du fœtus, la facilité avec laquelle on obtient la sensation de ballottement total ou partiel du fœtus, nous permettent de faire aisément le diagnostic de l'hydramnios.

Un autre diagnostic qui se pose toujours et qui est très important, c'est le diagnostic de grossesse gémellaire. La perception d'au moins trois pôles fœtaux et de deux foyers d'auscultation non isochrones nous permet de faire ce diagnostic.

Une fois que l'on a ainsi écarté tous ces diagnostics, il ne reste plus que le diagnostic de gros œuf, seul possible.

CHAPITRE IV

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

Une erreur possible à commettre consiste à prendre pour un début de travail, le col déhiscent et les douleurs dont la femme portant un gros œuf se plaint et que nous avons signalées au chapitre de la symptomatologie. L'erreur est cependant facile à éviter en tenant compte de ce que ces douleurs ne coïncident pas avec les contractions utérines.

Le volume exagéré du fœtus peut être par lui-même une cause de dystocie. Il est évident, en effet, que le gros enfant pourrait se comporter par rapport à un bassin normal comme un enfant de volume moyen se comporte par rapport à un bassin rétréci.

Dans les cas de bassins rétrécis, cela va sans dire, la dystocie est plus sérieuse avec un gros enfant qu'avec un enfant de volume moyen.

Ceci étant dit, nous n'avons point à entrer ici dans l'explication du mécanisme de l'accouchement. Nous parlerons seulement des particularités qu'il présente dans les cas qui nous occupent. Nous étudierons d'abord les obstacles qui peuvent être causés par les différentes parties du gros enfant ; nous envisagerons ensuite la durée totale du travail, la durée de l'expulsion, et nous dirons, à la fin, quelques

mots des particularités que peuvent présenter la poche des eaux et la délivrance.

Trois régions du fœtus peuvent, par leur extrême développement, constituer des obstacles à la terminaison de l'accouchement. Ces trois régions sont la tête, les épaules, les hanches. Examinons-les séparément.

Obstacle constitué par la tête. — Disons tout d'abord qu'un enfant volumineux n'a pas forcément une grosse tête. Ceci a été observé depuis longtemps. C'est ainsi que Jacquemier avait remarqué que « les fœtus dont le volume est très considérable et en quelque sorte anormal, diffèrent beaucoup par leur constitution et leur aspect général des fœtus dont le volume ne dépasse pas les limites normales ou reste au-dessous. De prime abord, on est frappé de la prédominance de certaines parties sur d'autres, du tronc sur la tête chez les premiers, qui rappellent la forme athlétique, quoique la tête soit également forte ; de la prédominance de la tête sur le tronc chez les seconds, qui représentent dans leur ensemble une espèce de cône allongé. »

Mais le plus souvent la tête est en proportion avec le volume de l'enfant et nous voyons dans presque toutes nos observations le diamètre bipariétal dépasser 9 centimètres au moment de la naissance, tandis que ce diamètre atteint à peine neuf centimètres chez les enfants de poids moyen (3.000 gr. à 3.500 gr.), et surtout dans la région de Montpellier, où M. le professeur Vallois ayant mesuré le diamètre moyen de la tête des enfants nés à la Maternité, a pu constater que leur diamètre bipariétal est de 8 cm. 9 pour les enfants de plus de 3.000 grammes.

Seulement, dans le mécanisme de l'accouchement de la tête, il n'y a pas que son volume qui doit être pris en considération, mais il faut surtout tenir compte aussi du degré de réductibilité dont elle est susceptible.

On a fait beaucoup de recherches sur la réductibilité de la tête d'enfants normaux dans les bassins rétrécis, et on est arrivé à la conclusion que la plus ou moins grande réductibilité de la tête est en rapport avec son degré d'ossification. Or, pour deux fœtus du même âge, le plus souvent, la tête la plus petite sera la plus ossifiée et aura les fontanelles les moins larges. Elle sera donc la moins réductible. Cette conclusion se trouve en quelque sorte confirmée par Dubois qui, en parcourant les archives de la clinique Baudelocque, a été frappé de ce fait qu'on trouve bien plus d'applications de forceps chez des enfants pesant de 3.500 gr. à 4.500 gr. que chez ceux pesant de 4.000 à 4.500 gr. ; au-dessus de 4.500 gr., la terminaison de l'accouchement au moyen du forceps devient une rareté.

En résumé donc, ce n'est pas tant par son volume que la tête cause obstacle à la terminaison rapide de l'accouchement, mais c'est surtout par son degré d'ossification dont dépend son degré de réductibilité.

Il ne faut certainement pas conclure de ce que nous avons dit plus haut, qu'il n'existe pas de cas où une tête volumineuse présente un degré d'ossification très prononcé.

Cette ossification prématurée de la tête volumineuse a été signalée par Garrigues, qui cite une observation de ce genre, dans *New-York Medical Journal*, 1885, p. 173. Il s'agit d'une Anglaise de 24 ans qui était en travail depuis deux jours lorsque Garrigues l'examina. Son bassin était normal, mais la tête fœtale ne pouvait pas passer et dut être extraite à l'aide du forceps et du céphalotribe combinés. L'enfant pesant 5 kil. 200, avait une tête volumineuse. Les sutures crâniennes étaient très étroites et les fontanelles excessivement petites. Les os étaient très épais et très élastiques, ce qui rend compte de l'expression dont s'est servie l'auteur. « Le cé-

phalotribe n'a pas eu sur eux plus d'action que s'ils eussent été d'une épaisse feuille de plomb. »

Dubois cite un cas d'ossification prématurée d'une tête volumineuse. Le cas se rapporte à une fille qui présentait à la naissance un diamètre bipariétal de 11 centimètres 1. Les os étaient certainement plus consistants et les sutures plus étroites que chez n'importe quel enfant à tête normale. Malgré cette disposition, ce peu de réductibilité, l'enfant a pu être expulsé spontanément après 12 h. 50 de travail. Il s'agissait d'une Vgeste qui avait déjà mis au monde de très gros enfants. Il faut admettre dans ce cas des dimensions du bassin au-dessus de la moyenne. Et pourtant cette femme n'était pas très grande (1 m. 62).

Si nous consultons à ce sujet nos observations, où nous avons des têtes dont le diamètre bipariétal dépasse neuf centimètres, c'est-à-dire de grosses têtes, nous remarquons les points suivants : Dans la plupart des cas de bassin normal, même chez les primipares, l'engagement de la tête ne s'était pas fait dans les derniers temps de la grossesse, comme c'est le cas dans la grossesse ordinaire. La tête ne s'est engagée que pendant le travail. Cet engagement a presque toujours été lent, de longue durée. Il s'est fait, dans certains cas, d'une façon synclitique, dans d'autres en asynclitisme. Dans beaucoup de cas la tête était mal fléchie pendant son engagement. Il y a eu aussi des cas où l'engagement n'a pas pu se faire, et l'intervention de l'accoucheur fut nécessaire. C'est ainsi que dans l'observation XXIV, malgré la longue durée du travail, l'engagement de la tête n'a pas pu se faire. M. Guérin-Valmale essaya une application de forceps qui n'a pas donné de résultats et finit l'accouchement par une version interne.

L'expulsion spontanée, dans la plupart des cas, a été assez rapide. Dans quelques cas cependant, surtout dans les cas

de bassin rétréci, quoique légèrement, l'extraction de la tête a dû être faite, soit par une application de forceps, soit par la basiotripsie.

Obstacle constitué par les épaules. — Si, comme nous l'avons vu plus haut, un gros enfant n'a pas forcément une grosse tête, il n'en est pas de même des épaules. En général, le développement des épaules est proportionnel au volume de l'enfant. Dans tous les cas où des mensurations sérieuses ont été faites, le diamètre biacromial s'est trouvé au-dessus de la moyenne, qui est de 12 centimètres.

Levret, Jacquemier et Desmontils, qui ont tout spécialement attiré l'attention des accoucheurs sur l'importance, comme cause de dystocie, de la longueur du diamètre biacromial, semblent avoir été même bien plus préoccupés par le volume des épaules que par le volume total de l'enfant.

Cette augmentation du diamètre biacromial peut atteindre un haut degré. C'est ainsi que le docteur Ortega cite, dans *Nour. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1891, p. 481, le cas d'un enfant pesant 11.300 grammes et dont le diamètre biacromial mesurait 19 centimètres. Il y a eu des difficultés pour le dégagement des épaules. Maygrier cite le cas d'un enfant pesant 6.750 grammes et dont le diamètre biacromial mesurait 18 centimètres au moment de la naissance (Soc. obst. et gynécol. de Paris, 12 février 1891).

Dans la plupart de nos observations nous avons le diamètre biacromial de 13 centimètres, c'est-à-dire bien au-dessus de la moyenne (12 centimètres), mais dans un certain nombre nous le trouvons de 12 centimètres et même de 11 centim. 5 et 11 centimètres.

Mais les difficultés pour le dégagement des épaules n'existent pas toutes les fois que le diamètre biacromial est supérieur à la moyenne. Cela tient à ce que ce diamètre est es-

sentiellement réductible, puisque le diamètre normal, 12 centimètres, se réduit par la pression à 9 centim. 5.

Ce n'est pas uniquement par ses dimensions absolues que le diamètre biacromial agit, comme cause de dystocie, mais bien plutôt par la position qu'il prend par rapport au bassin de la mère. Levret, dans l'observation citée par Jacquemier, dit ceci : « L'épaule droite de l'enfant était appuyée sur la symphyse des os pubiens, une partie en dedans, l'autre en dehors ; son épaule gauche portait sur la partie latérale de la saillie de l'os du sacrum. » Dans un autre travail de Jacquemier publié dans la *Gazette hebdomadaire* le 21 août 1857, on trouve l'observation de Deroux : « La position de l'enfant dans la matrice est des plus régulières ; le dos regarde à droite et en avant, le bras gauche étendu et libre sur le côté gauche du tronc ; tout le corps de l'enfant est très volumineux. Un de nous, pressant sur le corps de l'enfant, veut imiter les contractions de la matrice pendant que l'autre tire sur la tête et le bras qui est dehors. Efforts inutiles : l'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis » (biacromial, 13 centimètres). Trumbull cite le cas d'une grande et grosse Allemande qui était en travail de son sixième enfant et qu'il a accouchée le 6 avril 1889. Il dit : « ... Introduisant la main le long du côté gauche de la mère, je sentis dans la cavité l'épaule postérieure, la gauche, avec le bras correspondant le long du corps ; l'épaule droite était accrochée contre et au-dessus du pubis, un peu à droite de la symphyse, et évidemment c'était là qu'il fallait chercher l'obstacle qui retardait l'accouchement » (biacromial de 23 centimètres). A l'accouchement d'une secondipare, qui mit au monde un enfant de près de 4.500 grammes, M. Guérin-Valmale, après dégagement spontané de la tête, vit celle-ci rester accolée à la vulve, les épaules restant au-dessus du détroit supérieur. Il dut, pour engager ces dernières, introduire la

main dans les voies génitales et exercer de violentes tractions sur le creux de l'aisselle.

Le mécanisme est donc toujours le même : tandis que l'épaule postérieure prend appui sur le sacrum, l'épaule antérieure vient s'accrocher sur la symphyse pubienne et la déborde, cette disposition ne faisant que s'accentuer du fait des efforts de la mère et des tractions plus ou moins intempestives.

Dans nos observations, la dystocie causée par le dégagement des épaules n'a été signalée que deux fois . 1° dans l'observation VII, il y a eu paralysie du membre supérieur droit non guérie par l'électricité ; 2° dans l'observation II, que nous devons à M. Vallois.

Obstacle constitué par les hanches. — Quant au dégagement du siège, on n'a jamais signalé de difficultés dans les cas où le gros enfant se présentait par le sommet, la voie ayant déjà été frayée par les épaules, le reste du corps passe sans aucune difficulté. Il n'en est pas de même lorsque le gros enfant se présente par le siège. C'est alors que le diamètre bitrochantérien et la circonférence qui lui correspond peuvent, chez les enfants volumineux, offrir à l'accoucheur autant et même plus de difficultés que les diamètres des épaules et même de la tête. En effet, dans la présentation du siège, c'est le diamètre bitrochantérien qui doit passer le premier et, comme aucune autre partie fœtale n'est passée avant lui pour lui ouvrir la voie, l'effort qu'on lui demande est considérable, étant donné que chez les enfants dont nous parlons ce diamètre dépasse la moyenne, qui est de neuf centimètres.

Dans beaucoup de nos observations, ce diamètre dépasse 9 centimètres. On n'y a jamais signalé de difficultés pour le dégagement du siège, mais il faut dire aussi que nous n'avons pas eu de présentation du siège.

Durée totale du travail. — Quelques auteurs citent des chiffres qui semblent bien considérables, si on réfléchit qu'en général les femmes dont il s'agit sont des multipares. Dale cite le cas d'une primipare âgée de 25 ans qu'il a accouchée en 1875 et chez laquelle le travail a duré plus de 150 heures. La femme citée par Garrigues fut en travail pendant 2 jours et 20 heures (*New-York Medical Journal*, 1885, page 173). Enfin, la géante de la Nouvelle-Ecosse, citée par Beach dans le *Medical Record*, malgré ses 2 m. 36 de taille et son grand bassin, bien que IIpare, resta en travail pendant plus de 40 heures.

En regard de ces faits démontrant une augmentation de la durée du travail, nous pouvons citer les faits suivants : Slaughter rapporte l'histoire d'une primipare de 25 ans, ayant 1 m. 60 de taille, qui expulse en 12 heures environ un fœtus de 8 kilogrammes. Robbins parle d'une VIIpare qui expulse en 8 heures environ un fœtus pesant 7 kil. 920.

La durée totale du travail dans les cas rapportés par nos observations a été de plusieurs heures à quelques jours. Elle a été de 2 heures dans un seul cas ; de 3 heures dans 2 cas ; de 4 heures dans 3 cas ; de 6 heures dans 6 cas ; de 7 heures dans 2 cas ; de 10 heures dans 8 cas ; de 11 heures dans un cas ; de 12 heures dans 2 cas ; de 14 heures dans 2 cas ; de 15 heures dans un cas ; de 16 heures dans un cas ; de 21 heures dans un cas ; de 26 heures dans un cas ; de 30 heures dans 2 cas ; de 38 heures dans un cas ; de 55 heures dans un cas ; de 5 jours dans un cas.

L'expulsion a été rapide dans presque toutes nos observations .

Lésions des parties molles de la mère. — La principale lésion que nous avons en vue ici est la déchirure plus ou moins étendue du périnée. Cet accident se produit relativement souvent chez des femmes donnant naissance à des en-

fants moyens et même petits. Il s'agit dans ces cas, le plus souvent, de primipares.

Au contraire, il est rare dans les cas de gros enfants. Cela tient probablement à ce que les femmes qui expulsent de très gros enfants sont, à de rares exceptions près, des multipares, chez lesquelles le canal génital a été déjà dilaté par un ou plusieurs accouchements antérieurs d'enfants plus ou moins volumineux.

Cette déchirure du périnée a été rarement signalée dans nos observations, et pourtant l'on sait avec quel soin on recherche ses lésions à la Maternité, étant donné qu'il est de principe à la clinique de restaurer immédiatement tout périnée délabré.

La poche des eaux. — La tête ayant des difficultés à s'engager, il peut se former une volumineuse poche des eaux. Les *eaux plates*, présage, suivant Mme Lachapelle, d'un accouchement heureux, sont rares. La poche des eaux se rompt souvent précocement. Nous avons signalé souvent dans nos observations cette rupture précoce de la poche des eaux.

La deuxième partie de l'accouchement, *la délivrance*, est le plus souvent naturelle et sans accidents. Quelquefois, cependant, l'utérus qui a été obligé de se contracter fortement et pendant longtemps pour expulser un fœtus volumineux, se trouve fatigué, en inertie, au moment de la délivrance, et l'intervention de l'accoucheur est nécessaire.

Quant à l'involution de l'utérus après l'accouchement, elle n'est pas plus longue que dans les cas ordinaires.

CHAPITRE V

CONDUITE A TENIR

La conduite à tenir dans les cas de gros œufs varie suivant qu'on a affaire à une femme enceinte ou à une femme en travail.

Si on a affaire à une femme enceinte, la première des choses qui doit préoccuper l'accoucheur, c'est d'assurer une bonne présentation. Après quoi, la conduite à tenir est différente, suivant que la femme enceinte vient consulter assez tôt ou trop tard. Dans le premier cas, lorsque l'accoucheur a fait le diagnostic de gros œuf et s'il reconnaît l'existence d'un bassin étroit ou s'il apprend qu'il y a eu des difficultés dans un accouchement antérieur qui étaient dues au moins en partie à un gros enfant, il doit surveiller la femme et provoquer l'accouchement au moment où l'enfant pourra passer vivant par la filière pelvigénitale, sans qu'on soit obligé de recourir à une opération autre que la version ou l'application de forceps. Pour trouver le moment opportun où on doit provoquer l'accouchement prématuré, on se base sur les antécédents obstétricaux de la femme, sur les dimensions de son bassin, sur l'âge de la grossesse et sur la mensuration de la tête fœtale, qu'on fait approximativement à travers les parois abdominale et utérine. Mais si l'accoucheur trouve qu'il sera obligé de provoquer trop tôt l'accouchement (par

exemple, dans le cas de bassin trop rétréci), il peut proposer à la femme une pubiotomie ou une césarienne à terme.

Si la femme enceinte vient consulter trop tard, c'est-à-dire lorsque le moment opportun dont nous avons parlé plus haut est passé, l'accoucheur doit laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme et tenir alors la conduite qu'indiqueront les circonstances.

Conduite à tenir pendant le travail. — Comme la durée du travail est en général plus longue que dans les cas ordinaires, on doit pratiquer le toucher le moins souvent possible et on doit surveiller rigoureusement l'antisepsie, car les touchers étant plus nombreux que dans les cas ordinaires, la femme est plus exposée à l'infection.

Si le travail marche régulièrement, quoique lentement, on doit laisser accoucher la femme seule. Par contre, si le travail ne progresse pas pendant plus de deux heures, si l'enfant souffre ou bien si la mère court quelque danger, l'accoucheur doit intervenir.

Le genre d'intervention varie naturellement suivant que l'enfant est mort ou vivant. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque l'enfant est mort, la mutilation du fœtus s'impose, car il s'agit avant tout de faire une opération qui nuise le moins possible à la mère.

Si l'on se trouve dans le deuxième cas, si l'enfant est vivant, on termine l'accouchement, soit par la version si la tête est mobile ou mobilisable et s'il y a assez de place pour que l'évolution puisse se faire, soit par le forceps si la tête est engagée.

Mais si la version ou le forceps sont impraticables ou ne doivent conduire qu'à un désastre, par exemple, dans certains cas de bassin rétréci, on doit faire, suivant le désir de la mère, soit une pubiotomie, soit une césarienne, soit, à

l'extrême rigueur, la basiotripsie, la mère ayant formellement refusé les deux opérations précédentes.

Une fois la tête sortie, l'accouchement n'est pas terminé ; les épaules, comme nous l'avons vu plus haut, sont souvent la cause de dystocie principale. C'est pour parer à cette dystocie que Jacquemier a trouvé et publié, dans son Mémoire de 1860, la manœuvre qui porte son nom et qui consiste essentiellement dans le dégagement du bras postérieur et la traction sur les aisselles.

Varnier ,après avoir dégagé le bras postérieur, fait exécuter, à l'aide de ce bras, un mouvement de rotation au fœtus tout entier. De la sorte, l'épaule qui était antérieure devient postérieure. On dégage à son tour le second bras et on exerce des tractions sur les deux bras réunis.

Ribemont-Dessaigne pratique la manœuvre de Varnier au détroit supérieur, si la dystocie siège à ce niveau, et fracture au besoin l'humérus.

Strassmann (in *Archiv. f. Gynäkologie*), préconise, dans le cas de dystocie due à un excès de volume des épaules, la cléidotomie ou section des clavicules, que Bonnaire recommande aussi.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Pour la mère. — Comme la durée du travail est plus longue que dans les cas ordinaires, les touchers sont plus nombreux et par conséquent les chances d'infection pendant le travail sont plus grandes, surtout en ne perdant pas de vue que la poche des eaux est souvent rompue précocement. Les manœuvres obstétricales qu'on est obligé quelquefois de pratiquer pour activer l'accouchement, augmentent elles aussi les chances d'infection. Dans les 40 observations que nous rapportons à la fin de notre thèse, nous n'avons signalé l'infection utérine que quatre fois. Elle a toujours été guérie par injections intra-utérines et par écouvillonnage.

Mais ce qui assombrit surtout le pronostic pour la mère dans ces cas, c'est l'hémorragie. Il arrive, en effet, quelquefois, que l'utérus, après avoir travaillé péniblement pour expulser un fœtus volumineux, se trouve fatigué, en inertie, d'où hémorragie, dont les conséquences peuvent être fort graves. On a cité des cas où ces hémorragies ont été funestes : même sans entraîner une terminaison fatale, elles anémient la femme et la mettent dans un état de faiblesse qui l'empêche de résister aux infections puerpérales. Néanmoins, il ne faut pas exagérer la gravité du pronostic, parce que ces cas sont rares. Ainsi, dans nos observations, nous avons

signalé sept fois des hémorragies assez abondantes, et cinq fois de grosses hémorragies qui ont été toujours arrêtées et l'issue n'a jamais été fatale.

Pour le fœtus. — Le pronostic semble un peu plus sérieux pour le fœtus. En effet, l'enfant peut souffrir au cours du travail, surtout lorsque sa durée dépasse un certain temps, et peut même succomber pendant ce temps. En outre, les différentes interventions obstétricales qu'on est assez souvent obligé de pratiquer, ne restent pas toujours sans influence sur la vitalité de l'enfant. Mais ce qui assombrit surtout le pronostic, c'est que quelquefois on est obligé de sacrifier un si bel enfant.

Cependant, ce pronostic ainsi assombri, se trouve en quelque sorte amélioré par ce fait, que les gros enfants nés vivants sont plus faciles à élever.

D'après Varnier, la mortalité de ces enfants serait de 5 %.

Cependant, nous avons été moins heureux que Varnier, parce que sur les 42 cas que nous rapportons, nous avons eu quatre fois de mort par basiotripsie. Ce qui nous fait une mortalité de 9,5 %.

A part cette mortalité, nous avons eu aussi une paralysie du membre supérieur droit, non guéris par l'électricité. (Observation VII.)

OBSERVATIONS

Observation Première

(Travaux d'obstétrique par le Dr L. Vallois, 1905)

Mme X.... âgée de 32 ans, atteinte de rétrécissement pelvien. Premier accouchement en février 1897. Apparition des premières douleurs dix mois après les dernières règles. Travail très long. Contractions fortes et fréquentes. Tête non engagée. Procidence du membre supérieur gauche et du cordon. Application de forceps infructueuse par un confrère. A son arrivée, M. Vallois ne perçoit pas les bruits du cœur ; la tête est fixée au détroit supérieur en O I G T. Après avoir essayé inutilement de réduire les parties procidentes, il fait une application de forceps oblique par rapport à la tête, qui reste sans résultats. Il termine alors par basiotripsie, qui ne présente aucune difficulté. L'extraction de l'enfant se fait aisément. Poids du fœtus (cerveau non compris) 4.500 grammes. Suites de couches bonnes. Le rétrécissement du bassin est peu marqué.

Deuxième grossesse en décembre 1897. Suppression des règles pendant dix mois. L'utérus a une tendance très marquée à l'antéversion. La paroi utéro-abdominale est très amincie. La tête étant dans l'une des fosses iliaques, on l'amène au détroit supérieur et on applique un bandage.

La provocation d'un accouchement prématuré, que M.

Vallois a proposée plusieurs fois, a toujours été refusée par la famille.

Premières douleurs le 21 octobre dans la matinée. A 10 heures, dilatation à petite paume, et à partir de ce moment, elle ne progresse plus, mais l'orifice est dilatable. On enlève le bandage, on fait fixer la tête, puis on rompt la poche des eaux. La tête vient alors s'appliquer sur le détroit supérieur en O I D T. Contractions fortes, mais la tête reste au-dessus du détroit supérieur en asynclitisme antérieur. A 2 heures du matin, une application de forceps oblique par rapport à la tête reste sans résultats. M. Vallois fait une deuxième application de forceps, antéro-postérieure quant à la tête, mais la tête ne fait aucun mouvement de descente et il enlève le forceps.

La symphysiotomie étant refusée par la femme, M. Vallois procède à la basiotripsie. La tête étant mal fixée au détroit supérieur a été mal saisie et l'instrument a dérappé. M. Vallois a terminé l'accouchement par une version. Poids de l'enfant (cerveau non compris), 4.000 grammes. Délivrance spontanée un quart d'heure après. Déchirure incomplète du périnée qui a été suturé. Suites de couches bonnes.

Mme X... étant devenue enceinte pour la troisième fois, M. Vallois fit au début du 9ᵉ mois, un accouchement prématuré. Enfant bien portant qui s'est parfaitement élevé.

Observation II

(Trav. d'obst. par le Dr L. Vallois, 1905)

Mme X..., âgée de 33 ans. Petite taille, mais pas de signes de rachitisme. Régulièrement réglée. Pas de fausses couches.

Dernières règles le 25 novembre 1893. Premières douleurs le 23 septembre. Le fœtus se présente transversalement. La sage-femme fait coucher la femme sur le côté où se trouvait la tête. Col dur et fermé. Le 24 septembre la tête est au-dessus du détroit supérieur. Le 26 septembre, rupture spontanée de la poche des eaux. Le 27 septembre, la tête repose sur le détroit supérieur, occiput à gauche, dilatation comme cinq francs.

M. Vallois a été appelé le 28 septembre. Il trouve une femme fatiguée, mais pas de fièvre. Ventre très développé. Pas de battements du cœur fœtal. Dilatation entre cinq francs et complète. Tête au détroit supérieur en O I G T. Promontoire accessible, mais à extrême limite. La sage-femme avoue avoir donné pour activer les douleurs 0 gr. 25 d'ergot de seigle. Après une application de forceps sans résultats, M. Vallois procède à la basiotripsie. La tête a été facilement extraite. Très grandes difficultés pour l'extraction du tronc. Des tractions sur la tête et le cou restent sans grand résultat. L'épaule postérieure est plus accessible, mais on ne peut dégager le bras. M. Vallois exerce des tractions par l'intermédiaire d'un lac glissé sous l'aisselle. L'épaule s'abaisse et il a dégagé le bras sur lequel il a continué les tractions. Le bras se désarticule. L'extraction du reste du corps a été facile. Poids de l'enfant (cerveau non compris), 4.950 gram-

mes ; biacrom., 17 centimètres. Délivrance normale. Placenta volumineux. Déchirure de la commissure postérieure. Suites de couches bonnes.

Observation III

(59 — 1901)

M. B..., âgée de 38 ans, ménagère. VIIIpare. Régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans. Premier accouchement à 18 ans, long. Suites de couches bonnes, un garçon. 2[e] accouchement à 20 ans, rapide, un garçon. 3[e] accouchement à 23 ans, une fille. 4[e] accouchement à 25 ans, un garçon. 5[e] accouchement à 27 ans, un garçon. 6[e] accouchement à 29 ans, une fille. 7[e] accouchement à 33 ans, une fille.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 27 au 30 avril.

Examen le 22 janvier. — Pas de signes de rachitisme. Abdomen en besace, nombreuses vergetures. Varices et un peu d'œdème aux membres inférieurs. Utérus à l'appendice xyphoïde, en antéversion. Tête dans la fosse iliaque droite. Version par manœuvres externes, ceinture. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 27 janvier, à 11 h. 30 du soir. Tête mobile au détroit supérieur. Expulsion spontanée le 28 janvier, à 2 h. 25 du soir. Fille de 4.200 grammes ; 54 centimètres de long. Bi-par., 9 cm.,5. Délivrance naturelle à 2 h. 35. Placenta, 580 grammes. Cordon 56 centimètres. Suites de couches bonnes.

Observation IV

(142 — 1905)

C. T..., âgée de 32 ans, ménagère. VIIIgeste. Réglée à 15 ans et depuis irrégulièrement. Première grossesse à 20 ans, accouchement et suites de couches normaux. 2e grossesse à 22 ans, *idem* ; 3e grossesse à 23 ans, *idem* ; 4e grossesse à 25 ans, *idem* ; 5e grossesse à 27 ans, *idem* ; 6e grossesse à 28 ans, avortement à 2 mois après un traumatisme sur le ventre ; 7e grossesse à 30 ans, accouchement et suites de couches normaux.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 28 mai. Premiers mouvements sentis en octobre.

Examen direct le 3 février 1905. Pas de signes de rachitisme. Seins assez glanduleux. Abdomen volumineux, en besace, vergetures anciennes et récentes. Œdème et varices aux membres inférieurs. Utérus à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Col ramolli, ouvert, a toute sa longueur. Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 14 mars, à 7 heures du soir. Contractions très intenses. Sommet mobile. A 8 h. 50, tête engagée en O I G A. A 10 heures, rupture précoce de la poche des eaux. A 11 heures, dilatation complète. A 11 h. 10, rotation en O P. Expulsion en O P à 11 h. 20. Enfant de sexe masculin, de 4.250 grammes ; 52 centimètres de longueur. BiP., 10 cm. ; Biacr., 12 cm. ; bitroch., 10 cm.5. Délivrance naturelle à 11 h. 45. Perte assez abondante. Placenta, 600 grammes. Cordon, 61 centimètres. Membranes complètes. Suites de couches physiologiques.

Observation V

(44 — 1903)

J. B..., âgée de 31 ans, couturière, IVgeste. Réglée à 13 ans et depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 16 ans et demi, accouchement et suites de couches normaux, un garçon : 2e grossesse à 19 ans, *idem* : 3e grossesse, avortement de 5 mois, rétention du placenta pendant 30 jours sans perte de sang, délivrance naturelle avec hémorragie abondante.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 24 mars 1902. Quelques vomissements, diarrhée pendant 8 mois et demi ; coliques hépatiques.

Examen direct le 15 décembre. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen volumineux, pas de vergetures. Utérus à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Col ouvert, a toute sa longueur. Segment inférieur aminci. Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche.

Marche du travail. — Premières douleurs le 21 janvier à minuit. A 7 heures du matin, dilatation à 5 francs, tête mal fléchie, amorcée. Dilatation complète à 4 h. 40 du soir ; tête amorcée en O I G T. A 8 h. 40, tête sur le périnée en O P. Expulsion spontanée à 9 heures du soir. Enfant de sexe féminin, pèse 4.160 grammes, mesure 57 centimètres de longueur. BiP : 9 cm. 2. Délivrance naturelle à 9 h. 15, perte intense. Vulve et périnée intacts. Placenta de 700 grammes. Cordon de 92 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Observation VI

(121 — 1903)

A. V...., âgée de 24 ans, domestique, IIgeste. Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Première grossesse, accouchement et suites de couches normaux, un garçon.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 14 juin 1902. Vomissements et céphalée. Hémorragie à 5 mois.

Examen direct le 20 janvier. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, vergetures anciennes. Varices aux membres inférieurs. Utérus à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Col ouvert, a toute sa longueur. Segment inférieur mince. Fœtus : tête mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 4 mai à 3 heures du soir. A 6 heures du soir, dilatation à 5 francs : tête bien fléchie, engagée en O I D P. A 6 h. 55, dilatation complète, rupture de la poche des eaux : tête dans l'excavation. Expulsion à 7 heures du soir. Enfant de sexe féminin, pèse 4.130 grammes : mesure 54 centimètres de longueur. BiP : 8 cm. 7. Délivrance spontanée à 7 h. 20. Vulve et périnée intacts. Placenta de 615 grammes. Cordon, 61 centimètres, gros. Suites de couches physiologiques.

Observation VII

(5 — 1904)

R. P.... âgée de 39 ans, lessiveuse, IXgeste. Réglée à 13 ans et depuis régulièrement tous les mois. Quatre accouchements à terme avec présentation du sommet : un accouchement à terme, présentation de siège : un autre accouchement

à terme, présentation de l'épaule. Elle a nourri ses six enfants qui se portent bien. Elle a eu deux avortements à 4 mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 19 janvier. Vomissements pendant les trois premiers mois, pertes blanches. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen volumineux, en besace, vergetures anciennes et récentes. Périnée démoli. Œdème et varices très marqués aux membres inférieurs. Utérus presque à l'appendice xiphoïde. Col ouvert, a toute sa longueur. Fœtus : siège dans la fosse iliaque gauche : tête dans l'hypocondre droit. Présentation de l'épaule gauche. Pas d'albuminurie. Le 14 octobre, version par manœuvres externes. Tête au détroit supérieur, ceinture de Pinard.

Marche du travail. — Premières douleurs le 8 novembre, à midi. Tête amorcée, asynclitisme antérieur. Dilatation complète à 1 h. 35 du soir. Rupture artificielle de la poche des eaux, liquide amniotique abondant et verdâtre. A 3 h. 30, le col est revenu sur lui-même. A 5 heures, la lèvre antérieure est œdématiée. A 5 h. 20, les bruits cardiaques se ralentissent. A 5 h. 40, application de forceps sur une tête, dans l'excavation en O I G A. On a eu des difficultés pour le dégagement des épaules. L'enfant de sexe féminin pèse 4.550 grammes, mesure 57 centimètres de longueur, est née un peu asphyxiée. Paralysie du membre supérieur droit non guérie par l'électricité. Délivrance naturelle à 6 heures. Placenta. 730 grammes. Cordon, 61 centimètres de longueur. Lymphangite et galactophorite du sein droit. Infection utérine guérie par un écouvillonnage et cautérisation utérine.

Observation VIII

(77 — 1905)

M. C..., âgée de 30 ans, couturière. IIgeste. Réglée à 15 ans et demi, et depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 26 ans, accouchement à terme en position genu-pectorale. Déchirure du périnée : suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 10 avril 1904.

Examen direct le 14 décembre. Ankylose de la hanche gauche : la cuisse est en flexion, adduction et rotation en dedans. Seins glanduleux. Abdomen volumineux, en besace, paroi abdominale tendue, vergetures anciennes et récentes. Utérus à 7 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Col déchiré, ouvert, à toute sa longueur. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 23 janvier, à 7 heures du matin. A 10 heures du soir, dilatation 1 franc, sommet amorcé. Le 24 janvier, à 7 h. 20 du matin, rupture prématurée de la poche des eaux. A 8 h. 15, dilatation complète, sommet engagé en G T, asynclitisme antérieur. Expulsion en O P, à 8 h. 50. La femme en position genu-pectorale. Enfant de sexe masculin, pèse 4.100 grammes, mesure 56 centimètres de longueur. Bipariétal, 9 cm. 2. Délivrance naturelle à 9 h. 45. Le placenta pèse 650 grammes. Cordon, 75 centimètres de longueur, très épais, beaucoup de nodosités.

Observation IX

(161 — 1903)

M. M..., 38 ans, ménagère, VIgeste. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Première grossesse à 25 ans, accouchement et suites de couches normaux ; 2e grossesse à 27 ans, *idem* ; 3e grossesse à 28 ans, *idem* ; 4e grossesse, 30 ans, *idem* ; 5e grossesse à 33 ans, *idem*.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 22 septembre 1902.

Examen direct le 30 juin. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, nombreuses vergetures, veines sous-cutanées très marquées. Varices à la vulve et aux membres inférieurs.

Marche du travail. — Premières douleurs le 29 juin à 10 heures du soir. Le 30 juin, à 5 h. 30 du matin, dilatation à 2 francs : tête mal fléchie, mobile. A 7 h. 10, dilatation complète. Expulsion à 7 h. 15. Garçon de 4.850 grammes. BiP, 9 cm. 5. Délivrance naturelle à 7 h. 25. Placenta, 730 grammes. Cordon, 67 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Observation X

(252 — 1905)

L. D..., ménagère, âgée de 30 ans, IVgeste. Réglée à 14 ans et depuis régulièrement tous les 25 jours. Première grossesse à 24 ans, accouchement et suites de couches normaux, un petit garçon ; 2e grossesse, une petite fille ; 3e grossesse, accouchement d'un enfant mort et macéré.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 18 septembre. Vertiges, épigastralgie, troubles de la vue depuis le 4e mois. Le 10 juin, la femme perd quelques gouttes de sang et a quelques contractions douloureuses. Elle se décide à entrer à la Maternité.

Examen direct le 11 juin. Seins glanduleux. Abdomen gros, en besace : paroi mince, vergetures anciennes et récentes, veines sus et sous-ombilicales. Utérus à l'appendice xyphoïde. Col entr'ouvert, a toute sa longueur. Segment inférieur vide. Promontoire accessible (promontopubien minimum 9 cm. 3). Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur, dos à droite et en arrière. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 12 juillet, à 6 heures du matin : tête mal fléchie et mobile au détroit supérieur. A 8 h. 30 du soir, la dilatation est à grande paume, contractions intenses et rapprochées. La tête est en transverse avec asynclitisme antérieur très marqué ; la bosse pariétale antérieure est dans l'excavation, mais la postérieure est au-dessus du promontoire. Le 13 juillet, à midi, même état. M. le professeur Guérin-Valmalè complète la dilatation avec la main, et fait une application de forceps oblique, la tête étant presque en G P. Les tractions exercées par l'intermédiaire de lacs, restent sans résultats. On entend un craquement osseux et on constate un enfoncement du pariétal antérieur. On fait une tentative de version. L'abaissement du pied se fait assez bien, mais l'évolution est pénible. La tête ne remonte pas. La manœuvre de Justin Sigmundin, ne réussit pas. On essaie la manœuvre de Budin, combinée à des tractions exercées sur le pied abaissé. L'évolution se fait et le dégagement du siège est effectué. Le dégagement des bras est pénible. Pour faire franchir le détroit supérieur à la tête, on a recours à la manœuvre de Champetier de Ribes, qui reste infructueuse. L'enfant a succombé depuis longtemps, et

la basiotripsie sur la tête dernière est décidée. Le tronc volumineux gênant toutes les manœuvres, on a été obligé de procéder d'abord au décollement du tronc. Après broiement, la tête est extraite des voies génitales. Pendant ce temps, il se produit une hémorragie très intense qui distend l'utérus. De suite après l'extraction de la tête, le placenta sort accompagné des nombreux caillots. On fait une injection de sérum caféiné. On constate une déchirure bilatérale du col, qui monte jusqu'aux insertions vaginales. On la suture au catgut. On fait une injection intra-utérine prolongée. Poids de l'enfant, 4.100 grammes (sans le cerveau). Biacromial, 12 centimètres. Bitrochantérien, 9 cm.8. Placenta, 770 grammes. Cordon, 63 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Observation XI

(148 — 1905)

T. I..., 32 ans, ménagère, VIgeste. Réglée à 13 ans et depuis régulièrement tous les 35 jours. Première grossesse à 21 ans, accouchement à terme, prolapsus utérin ; 2e grossesse à 22 ans, *idem* ; 3e grossesse à 26 ans, *idem* ; 4e grossesse à 28 ans, *idem* ; 5e grossesse à 30 ans : ictère dans les deux derniers mois. Rupture prématurée des membranes, hémorragie après la délivrance.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 25 mai au 2 juin.

Examen direct le 20 février 1905. Abdomen gros, étalé, vergetures anciennes et récentes, veines sous-cutanées très marquées. Œdème des jambes. Utérus à 8 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Fœtus : sommet mobile au détroit su-

périeur, dos à gauche. Col ouvert, déchiré, a toute sa longueur. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 23 mars, à 7 h. 30 du matin ; sommet mobile. A midi, dilatation complète. A 12 h. 30, expulsion en O P. Enfant de sexe féminin de 4.015 grammes, de 50 centimètres de longueur. BiP, 9 cm. 7 ; biacromial, 11 cm. 9 ; bitrochantérien, 10 centimètres ; délivrance naturelle à 1 h. 10. Perte très intense, injection utérine prolongée. Placenta 680 grammes. Suites de couches physiologiques.

Observation XII

(192 — 1906)

Z. C..., âgée de 29 ans, ménagère. VIgeste. Réglée à 13 ans et depuis régulièrement. Première grossesse à 19 ans, accouchement et suites de couches normaux, un garçon ; 2e grossesse à 21 ans, *idem* ; 3e grossesse à 23 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille ; 4e grossesse à 25 ans, accouchement et suites de couches normaux, un garçon ; 5e grossesse à 27 ans, *idem*.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 22 au 25 juillet : céphalée, vertiges, troubles de la vue, épigastralgie, crampes dans les jambes, pas d'albumine dans les urines.

Marche du travail. — Premières douleurs le 9 mai, à 9 heures du soir. Rupture précoce des membranes, le 10 mai, à 2 heures. A 4 heures du soir, dilatation comme 5 francs, tête mal fléchie et engagée en O I D P. Ecoulement de liquide amniotique verdâtre. Dilatation complète à 5 h. 40. A 5 h. 45, rotation en O P, tête sur le périnée. Expulsion en O P à 5 h. 50 du soir. Enfant de sexe masculin, pesant

4.080 grammes, 52 centimètres de longueur. BiP., 9 cm. 6 ; biacromial, 13 centimètres ; bitrochantérien, 10 centimètres. Délivrance naturelle à 6 h. 10. Placenta de 680 grammes, petits foyers hémorragiques. Le cordon a 66 centimètres de longueur. Membranes complètes. Suites de couches physiologiques.

Observation XIII

(204 — 1906)

M. M..., âgée de 28 ans, ménagère, Ilgeste. Réglée depuis l'âge de 13 ans, régulièrement tous les mois. Première grossesse à 19 ans, accouchement à terme d'un garçon de 5 kilogrammes. Suites de couches physiologiques.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 3 au 11 août. Vomissements au début.

Examen direct le 11 mai 1906. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen volumineux, assez régulier : paroi abdominale mince, nombreuses vergetures anciennes et récentes, œdème sus-pubien. Périnée déchiré. Varices et œdème aux membres inférieurs. L'utérus a 37 centimètres de hauteur ; col ramolli ouvert, à toute sa longueur ; segment inférieur mince. Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 15 mai, à 9 heures du soir. Sommet mobile. Le 17 mai, à 1 h. 20 du matin, la dilatation est à 5 francs : la tête fléchie est engagée en O I G A. Dilatation complète à 2 h. 30, rupture artificielle de la poche des eaux. A 2 h. 50, la tête est à la vulve. Expulsion en O P à 3 heures du matin. Garçon de 4.400 grammes ; 50 centimètres de longueur. BiP., 9 cm. 6 ; biacromial, 13 centimètres ; bitrochantérien, 9 cm.5 Délivrance natu-

relle à 4 heures. Placenta, 760 grammes. Cordon, 70 centimètres. Membranes complètes. Suites de couches physiologiques.

Observation XIV

(222 — 1905)

L. J..., âgée de 32 ans, ménagère, Algeste. Réglée depuis l'âge de 14 ans régulièrement tous les mois. Première grossesse à 23 ans, accouchement à terme de deux jumeaux morts ; 2e grossesse à 25 ans, accouchement aux forceps, une fille ; 3e grossesse à 27 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille ; 4e grossesse à 29 ans, accouchement aux forceps, un garçon ; 5e grossesse, *idem*.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 15 septembre.

Examen direct le 7 juin. Abdomen gros, en besace, vergetures anciennes et récentes. Périnée démoli. Varices et œdème aux membres inférieurs. Utérus tendu, à 9 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Col gros, entr'ouvert, a toute sa longueur. Segment inférieur vide. Promontoire accessible. Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 10 juin, à 11 heures du soir. Le 11 juin, à 9 h. 30, la dilatation est à 5 francs, tête fléchie, mais mobile. Le 12 juin, à 10 heures du matin, dilatation complète ; l'enfant rend du méconium. A 11 heures, application du forceps pour O I G A. Enfant de sexe masculin, pèse 4.120 grammes ; 53 centimètres de longueur. BiP., 9 centimètres ; biacr., 13 cm. 4 ; bitroch., 10 cm. 4. A 11 h. 15, hémorragie, délivrance artificielle. Placenta, 600 grammes. Cordon, 54 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Observation XV

(120 — 1906)

J. A..., âgée de 30 ans, ménagère. VIgeste. Réglée à 13 ans et demi et depuis, régulièrement tous les 25 jours. Première grossesse à 19 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille de 11 livres ; 2e grossesse à 20 ans, avortement à 5 mois, début par une hémorragie ; 3e grossesse à 21 ans, avortement à 4 mois et demi ; 4e grossesse à 27 ans, avortement à 5 mois. Pendant tout ce temps la femme était cuisinière et se fatiguait beaucoup. 5e grossesse à 28 ans, accouchement normal à terme, suites de couches physiologiques.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 6 au 10 juin.

Examen direct le 28 février 1906. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen gros, régulier. Paroi abdominale mince, assez tendue, vergetures peu nombreuses. Œdème et varices très marqués à la vulve et aux membres inférieurs. Hauteur utérine 36 centimètres. Fœtus : sommet amorcé ; dos à gauche. Col ouvert, a toute sa longueur. Le segment inférieur est mince. Pas d'albumine dans les urines.

Marche du travail. — Premières douleurs le 3 mars, à 9 heures du matin, sommet amorcé en O I G A ; la tête est mal fléchie. La flexion se complète à 6 h. 15 du soir. A 7 heures, dilatation complète, la tête s'engage en G T. Expulsion spontanée le 3 mars à 7 h. 5. Enfant de sexe masculin, pesant 4.020 grammes ; 53 centimètres de longueur. BiP., 9 cm. 6 ; biacromial, 11 centimètres ; bitrochantérien, 9 centimètres. Délivrance naturelle à 7 h. 35. Placenta, 580 grammes. Cordon, 40 centimètres de long. Vulve et périnée intacts. Suites de couches physiologiques.

Observation XVI

(159 — 1906)

X.... âgée de 23 ans. Primipare. Réglée à 10 ans et depuis régulièrement tous les 25 jours.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 18 au 25 juin. Vomissements le premier mois.

Examen direct le 18 janvier 1906. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen distendu, paroi abdominale mince, pas de vergetures. Utérus rénitent, 22 centimètres de hauteur. Col ramolli, granuleux, fermé. Segment inférieur vide. Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur ; dos à droite. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 7 avril, à 11 h. 30 du soir. Le 8 avril, à 2 heures, la dilatation est complète, le sommet incomplètement fléchi s'est engagé en G T et en asynclitisme antérieur. A 4 heures, la rotation est faite en O P, tête à un travers de doigt au-dessus du périnée. Depuis, le travail n'avance plus et M. Euzière fait une application de forceps à 5 h. 30. Enfant de sexe féminin de 4.370 grammes : 54 centimètres de longueur. BiP., 10 centimètres : biacromial, 13 centimètres ; bitrochantérien, 10 centimètres. Délivrance naturelle à 5 h. 40. Placenta, 640 grammes. Cordon, 38 centimètres. Membranes complètes. Trois points de suture au périnée. Suites de couches physiologiques.

Observation XVII

(134 — 1905)

C. M..., âgée de 34 ans, domestique. VIgeste. Réglée à 13 ans, depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 20 ans, accouchement et suites de couches normaux ; 2e grossesse à 22 ans, *idem* ; 3e grossesse à 27 ans, *idem* ; 4e grossesse à 30 ans, accouchement d'un enfant mort depuis quelques jours. Fièvre puerpérale pendant 12 jours. 5e grossesse à 32 ans, accouchement et suites de couches normaux.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 11 juin. Vomissements de tout le temps. Céphalée depuis quelques jours. Pas de signes de rachitisme. Abdomen en besace. Varices aux membres inférieurs. Utérus étalé transversalement, à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic (le 13 janvier 1905). Siège au détroit supérieur, dos à droite. Le col utérin est ramolli, a toute sa longueur, ouvert, déchiré aux commissures.

Marche du travail. — Premières douleurs le 3 mars, à 6 heures du soir. Le 4 mars, à 2 heures du matin, tête bien fléchie, engagée en O I G A. Dilatation complète à 5 h. 40. A 6 h. 10, rotation faite. A 6 h. 15, expulsion en O P. Garçon de 4.050 grammes ; 54 centimètres de longueur. BiP., 9 cm. 2 ; biacromial, 11 cm. 5 ; BiTr., 9 cm. 8. Délivrance naturelle à 6 h. 55. Placenta, 620 grammes. Cordon, 65 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Observation XVIII

(292 — 1906)

L. F..., âgée de 34 ans, ménagère. Vgeste. Réglée à 12 ans, depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 27 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille ; 2ᵉ grossesse à 28 ans, accouchement et suites de couches normaux, un garçon ; 3ᵉ grossesse à 30 ans, *idem* ; 4ᵉ grossesse à 31 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 22 au 25 octobre. Vomissements dans les premiers mois.

Examen direct le 26 juillet 1906. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Œdème et varices aux membres inférieurs. Abdomen volumineux, paroi abdominale épaisse, peu de vergetures. Utérus globuleux, tendu, 34 centimètres de hauteur. Fœtus : sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Col ramolli, ouvert, a toute sa longueur, segment inférieur mince. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 15 août à 2 h. 30 du soir. Rupture précoce de la poche des eaux à 5 heures, tête engagée en O I G A, mais incomplètement fléchie. A 5 h. 40, la dilatation est complète. A 5 h. 45, expulsion en O P. Enfant de sexe masculin, pèse 4 kil. 380 et mesure 52 centimètres de longueur. BiP., 9 cm.6 ; biacromial, 12 cm. ; bitrochantérien, 10 cm. Délivrance naturelle à 6 heures. Placenta pèse 720 grammes. Le cordon mesure 55 cm. Membranes complètes. Suites de couches physiologiques.

Observation XIX

(113 — 1906)

C. B..., âgée de 29 ans, ménagère. IV geste, bonne constitution. Réglée à 16 ans, mais irrégulièrement depuis le premier accouchement. Première grossesse, vomissements pendant les trois premiers mois, accouchement normal d'un garçon ; 2e grossesse, une fille ; 3e grossesse, un garçon.

Grossesse actuelle. — Dernières règles les premiers jours d'avril. Premiers mouvements vers août. Vomissements les trois premiers mois.

Examen direct. — Abdomen gros, pendulum. Paroi abdominale très mince, très relâchée, nombreuses vergetures, large éventration. Œdème et varices à la vulve et aux membres inférieurs. Utérus volumineux, en antéversion très marquée. Col ramolli, ouvert. Segment inférieur vide.

Marche du travail. — Premières douleurs le 28 février 1906 à 9 heures du matin. A 5 heures du soir, rupture précoce des membranes ; le col est dilaté comme 5 francs ; la partie fœtale est très élevée, on atteint un globe oculaire, le nez, la bouche et le menton. La face se présente au détroit supérieur en M I D A. A 6 h. 20 du soir, la dilatation est complète, la tête est dans l'excavation en M I D P, on sent la fontanelle antérieure. A 7 h. 30, la rotation est complète. Expulsion à 7 h. 35 du soir. Enfant de sexe masculin, pèse 4 kil. 480 gr., 52 cm. de longueur. BiP., 10 cm.; biacromial, 13 cm. ; bitrochantérien, 10 cm. Délivrance naturelle à 8 h. 20. Placenta de 830 gr. Cordon, 55 cm. de long. Membranes complètes. Vulve et périnée intacts. Suites de couches physiologiques.

Observation XX

(217 — 1905)

H. B..., âgée de 34 ans, ménagère, IIIgeste. Réglée à 17 ans, depuis régulièrement tous les mois, pertes blanches. Première grossesse à 23 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille ; 2e grossesse à 29 ans, *idem*.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 6 septembre 1904. Vomissements et douleurs de ventre. Pertes blanches.

Marche du travail. — Premières douleurs le 5 juin à 1 heure du matin. Contractions très intenses et rapprochées. Tête engagée en O I D P. Dilatation complète à 4 h. 50. A 5 h. 15, rotation faite en O P. Expulsion en O P à 5 h. 20. Garçon de 4 kil. 065, 54 cm. de longueur ; biP., 9 cm.5 ; bi-acromial, 11 cm.7 ; bitrochantérien, 9 cm.5. Délivrance naturelle à 5 h. 40. Placenta de 590 gr. Le cordon mesure 76 cm. Vulve et périnée intacts. Suites de couches physiologiques.

Observation XXI

(179 — 1905)

M. M..., âgée de 25 ans, ménagère, IIgeste. Réglée à 14 ans et depuis régulièrement réglée. Première grossesse à 21 ans, accouchement et suites de couches normaux. Elle a nourri son enfant au sein. Il se porte bien.

Grossesse actuelle. — Elle a eu ses dernières règles le 20 juillet, a eu quelques vomissements pendant les premiers mois.

Marche du travail. — Premières douleurs le 4 mai à 12 h.

30 du matin. Tête mal fléchie et amorcée en O I G A. Rupture précoce des membranes à 7 h. 15. A 7 h. 45, la dilatation est complète. L'expulsion est faite en O P à 8 h. du matin. La délivrance naturelle s'est faite à 9 h. 45 et a été suivie de pertes assez abondantes. Vulve et périnée intacts. Enfant de sexe masculin, pèse 4 kil. 560 gr. et mesure 55 cm. de longueur. BiP., 9 cm.5 ; biacromial, 12 cm.5 ; bitrochantérien, 10 cm.5. Le placenta pèse 815 gr. Le cordon mesure 74 cm. Suites de couches normales.

Observation XXII

(1906)

N. E..., âgée de 25 ans, domestique, IIgeste. Réglée à 14 ans, depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 22 ans, accouchement et suites de couches normaux, un garçon mort à 2 ans de vomissements.

Grossesse actuelle. — Elle ne sait pas la date de ses dernières règles. Premières douleurs le 3 juillet à 3 heures du matin. Sommet engagé en O I G A. La flexion de la tête n'a été complète qu'à 11 heures. Dilatation complète à 1 h. 20 du soir. A 1 h. 30, tête sur le périnée en O P. A 1 h. 40, expulsion en O P. Enfant de sexe masculin, pèse 4 kil. 120 et mesure 52 cm. de longueur. BiP., 9 cm.5 ; biacromial, 13 cm.; bitrochantérien, 10 cm. Délivrance naturelle à 3 h. 5 du soir. Le placenta a été retenu à la vulve pendant 2 heures. Le placenta pèse 700 gr. Le cordon mesure 50 cm. Suites de couches physiologiques.

Observation XXIII

(336 — 1906)

A. M..., âgée de 35 ans, journalière, VIIgeste. Réglée à 13 ans, et depuis les règles sont irrégulières. Les grossesses et les accouchements antérieurs ont été normaux, les suites de couches physiologiques.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 8 au 11 décembre. Entre à la Maternité en travail le 23 septembre. Premières douleurs le 23 septembre à 6 heures du matin. Sommet engagé en O I G A incomplètement fléchi. Dilatation complète à 8 h. 30. Rupture artificielle de la poche des eaux. Rotation faite en O P à 11 h. 40 ; la tête est sur le périnée. A 11 h. 45, expulsion en O P. Enfant de sexe féminin, de 4 kil. 220, 52 cm. de longueur. BiP., 9 cm.5 ; biacromial, 11 cm.5 ; bitrochantérien, 8 cm.9. Délivrance naturelle à midi. Placenta de 575 grammes. Cordon de 50 cm. Membranes complètes. Vulve et périnée intacts. Suites de couches physiologiques.

Observation XXIV

(210 — 1905)

M. G..., âgée de 29 ans, ménagère, IVgeste. Réglée à 12 ans, depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 20 ans, l'accouchement à terme a été fini par basiotripsie, parce que l'enfant était gros. Suites de couches physiologiques : 2e grossesse, accouchement et suites de couches normaux, une fille : 3e grossesse à 23 ans, application de forceps, un garçon. Elle a nourri ses deux enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 18 au 20 août. Elle a été gênée pendant la marche par des varices dans les derniers mois.

Examen direct le 19 mai 1905. *Promontoire* à limite. Seins glanduleux. Abdomen volumineux, en besace. Paroi abdominale tendue, présente de nombreuses vergetures anciennes et récentes, des veines sus et sous-ombilicales et de l'œdème sus-pubien. Le périnée est démoli. Œdème et nombreuses varices aux membres inférieurs. Utérus volumineux, en antéversion très marquée et monte à 9 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Fœtus : sommet en bas très mobile, dos à gauche. Bruits du cœur à gauche. Col ramolli, ouvert, a toute sa longueur. Promontoire accessible et une saillie à la face postérieure du pubis. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 29 mai à minuit. Le 30 mai à 3 heures du matin. Rupture précoce de la poche des eaux. A 3 heures du soir la tête, fixée au détroit supérieur en position intermédiaire, entre O I G T et O I G P. La bosse pariétale postérieure a seule franchi le rétrécissement. La bosse pariétale antérieure se trouve au-dessus du détroit supérieur. Le 1er juin à 9 heures du matin la dilatation ne progresse plus, l'engagement ne se fait pas, la femme est fatiguée. On décide de terminer rapidement l'accouchement. A 10 h. 15 on complète la dilatation par le procédé de Bonnaire. M. le professeur Guérin-Valmale fait une application de forceps antéro-postérieure quant au bassin, régulière par rapport à la tête. Il essaie cette prise pour pouvoir engager la bosse pariétale antérieure par tractions sur la branche antérieure par l'intermédiaire d'un lac. Le lac se casse, on fait des tractions sur la branche antérieure avec le tracteur. Le forceps va dérapper, on désarticule. La tête s'est déplacée et se trouve mobile au détroit supérieur. M. Guérin-Valmale fait la version sans grandes difficultés. Il

n'a pas même eu besoin de faire la manœuvre de Champetier de Ribes, la tête s'est engagée sous l'influence des pressions sur la paroi abdominale exécutées par Mlle Bazin, sage-femme en chef. L'intervention a été faite sous anesthésie, suivant le désir de la femme. Le chloroforme produisit une inertie utérine qui nécessita une délivrance artificielle et même un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Deux points de suture au périnée. Enfant de sexe féminin, pèse 4 kil. 170 et mesure 52 cm. ; biP., 9 cm.5 ; biacromial, 12 cm.5 ; bitrochantérien, 11 cm. Placenta de 780 gr. Cordon de 70 cm. de longueur. Suites de couches physiologiques.

Observation XXV

(355 — 1906)

A. C..., domestique, IIgeste. Réglée à 12 ans, et depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 22 ans, accouchement et suites de couches normaux.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 10 au 15 décembre. Premiers mouvements sentis en mars. Elle a maigri beaucoup, mais sans être malade, a des pertes blanches abondantes.

Examen direct le 8 août 1906. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen volumineux, ovale, de nombreuses vergetures. Utérus tendu, ovale, 31 cm. de hauteur. Fœtus : siège mobile au détroit supérieur, tête au fond de l'utérus, dos à droite. Col ramolli, ouvert, à toute sa longueur. Segment inférieur très mince. Quelques traces d'albumine dans la dernière quinzaine de sa grossesse.

Marche du travail. — Premières douleurs le 15 octobre à 1 heure du soir. Le 16 octobre à 1 heure du soir, rupture précoce des membranes. Sommet accessible par le toucher,

mais mobile. A 5 heures la tête fléchie commence à s'engager en asynclitisme postérieur et en O I D A. A 5 h. 15, la dilatation est complète. A 5 h. 50, expulsion en O P. On dégage péniblement les bras. La délivrance naturelle s'est faite à 6 h. 15 du soir. Vulve et périnée intacts.

Enfant de sexe masculin, pèse 4 kil. 630 ; 55 cm. de longueur; biP., 10 cm.2 ; biacromial, 12 cm.; bitrochantérien, 10 cm.6. Le placenta pèse 680 gr. Le cordon mesure 32 cm. Suites de couches physiologiques.

Observation XXVI

(325 — 1906)

M. A..., âgée de 41 ans, ménagère, IXgeste. Réglée à 14 ans et demi, et depuis régulièrement tous les mois. Première grossesse à 20 ans, accouchement et suites de couches normaux, un garçon ; 2e grossesse à 22 ans, *idem* ; 3e grossesse à 23 ans *idem* ; 4e grossesse à 25 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille ; 5e grossesse à 27 ans, suites de couches fébriles, un mois au lit ; 6e grossesse à 28 ans, galactophorite ; 7e grossesse à 29 ans, accouchement et suites de couches normaux, une fille ; 8e grossesse à 38 ans, à la fin du troisième mois, hémorragie suivie de l'expulsion de l'œuf en bloc.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 6 au 9 décembre. Premiers mouvements sentis à la fin janvier. Vomissements, vertiges, céphalée, manque d'appétit pendant les quatre premiers mois.

Examen direct le 20 août 1906. Pas de signes de rachitisme. Seins glanduleux. Abdomen très volumineux. Paroi abdominale souple, nombreuses vergetures anciennes et récentes. Utérus ovoïde, en antéversion très marquée. Fœtus :

tête au détroit supérieur très mobile, dos à gauche. Col ramolli ouvert et perte deux déchirures latérales. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 14 septembre à 10 heures du matin. Membranes rompues depuis 5 heures du matin. Le liquide amniotique qui s'écoule est verdâtre. Sommet mobile. A 1 heure du soir col effacé. A 3 heures, la tête commence à s'engager en asynclitisme antérieur. A 9 h. 45, dilatation complète. A 10 h. 10, la tête est sur le périnée en O P. A 10 h. 30, expulsion en O P. Délivrance naturelle à 11 heures du soir. Vulve et périnée intacts. Enfant de sexe masculin pèse 4 kil. 100, mesure 53 cm. de longueur. BiP., 9 cm.5 ; biacromial, 11 cm.5 ; bitrochantérien, 9 cm.5 Placenta de 550 gr., anciens foyers hémorragiques. Cordon mesure 52 cm. Suites de couches physiologiques.

Observation XXVII

(236 — 1903)

A. M..., âgée de 19 ans, domestique, IIgeste. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Première grossesse, albuminurie, accouchement et suites de couches normaux. Enfant mort le 18e jour.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 1er janvier. Examen direct le 17 septembre. Pas de signes de rachitisme. Abdomen assez volumineux. Utérus, 36 cm. de hauteur. Col entr'ouvert, long de 2 cm.5. Segment inférieur mince.

Marche du travail. — Premières douleurs le 6 octobre à 9 heures du matin, tête bien fléchie et engagée en O I G A. Dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux, rotation en O P à 10 heures du matin. Expulsion à 10 h. 30.

Enfant de sexe féminin, pèse 4 kil. 085, mesure 58 cm. Bi-P., 9 cm.. Délivrance naturelle à 10 h. 40. Placenta pèse 620 gr. Membranes complètes. Cordon, 45 cm. gros. Galactophorite.

Observation XXVIII
(252 — 1903)

M. R..., âgée de 18 ans, domestique, primipare. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

Dernières règles le 7 février. Examen le 28 août. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, quelques vergetures. Varices et œdème aux membres inférieurs. Utérus, 31 cm. de hauteur. Col ouvert, ramolli, a toute sa longueur. Segment inférieur aminci.

Marche du travail. — Premières douleurs le 23 octobre à 2 heures du matin, tête bien fléchie et engagée en O I G A, mais pas complètement engagée. A 7 heures, tête complètement engagée. Dilatation complète, rupture artificielle de la poche des eaux, rotation à 10 h. 30. Expulsion à 11 h. 45. Garçon de 4 kil. 090 gr., de 57 cm. BiP., 9 cm. Délivrance naturelle à midi 5. Placenta, 660 gr. Cordon, 60 cm. Trois points de suture au périnée. Suites de couches physiologiques.

Observation XXIX
(116 — 1902)

I. G..., âgée de 20 ans, domestique, primipare. Réglée à 15 ans et demi.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 15 juin. Quelques vomissements au commencement. Dans les derniers temps les jambes s'enflent vers le soir.

Examen direct le 1er mars. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, beaucoup de vergetures, veines apparentes. Grandes lèvres œdématiées. Œdème aux membres inférieurs. Paroi abdominale peu épaisse, tendue. Hauteur utérine, 36 cm. Sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Col utérin entr'ouvert. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 8 avril à 1 heure du soir. Sommet bien fléchi et engagé à 2 heures. A 5 heures, dilatation complète, rupture de la poche des eaux, tête dans l'excavation. Expulsion à 6 heures. Enfant de sexe masculin de 4 kil. 190, mesurant 55 cm. de longueur. BiP., 9 cm. Délivrance naturelle à 6 h. 55. Perte insignifiante. Placenta de 685 gr. Cordon de 37 cm. Le soir de son accouchement elle perd abondamment. Le lendemain elle expulse un gros caillot. Pendant 5 jours la température a été entre 37° et 38°. Le 6e jour, température 37°7 le matin ; lochies fétides, injection intra-utérine à l'iode ; le soir, 38°2 ; nouvelle injection. Le 16 avril, curettage et écouvillonnage. Sortie bien portante le 5 mai.

Observation XXX

(68 — 1902)

A. C..., âgée de 29 ans, ménagère, IIgeste. Régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans. Première grossesse à 17 ans, accouchement d'un enfant mort extrait par une application de forceps, suites de couches normales ; 2e grossesse à 19 ans, accouchement et suites de couches normaux ; 3e grossesse à 24 ans, *idem.*

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 12 mai. Jambes enflées, principalement le soir, jusqu'à la fin de la grossesse.

Marche du travail. — Premières douleurs le 9 février, à 4

heures du matin. A 5 h. 30, sommet bien fléchi, dans l'excavation en O I G A. Dilatation complète à 5 h. 50. Expulsion spontanée en O P à 6 h. 15. Enfant de sexe féminin de 4.050 grammes, mesurant 56 centimètres ; BiP., 9 centimètres. Délivrance spontanée à 6 h. 30, peu de perte. Vulve et périnée intacts. Placenta de 550 grammes. Cordon, 61 centimètres. Galactophorite.

Observation XXXI

(128 — 1902)

M. C..., âgée de 40 ans, cuisinière, VIgeste. Réglée à 17 ans. Première grossesse à 29 ans, accouchement et suites de couches normaux ; 2e grossesse à 31 ans, *idem* ; 3e grossesse à 33 ans, *idem* ; 4e grossesse à 37 ans, bonne grossesse. L'enfant se présente par l'épaule, version interne. 5e grossesse à 39 ans, avortement de 2 mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 25 juillet. Mouvements fœtaux en janvier. Digestions difficiles, bourdonnements d'oreilles.

Examen direct le 22 avril. Pas de signes de rachitisme. Abdomen très volumineux, paroi mince, tendue, beaucoup de vergetures. Varices à la vulve. Varices aux membres inférieurs ; œdème mécanique n'apparaissant que le soir. Hauteur utérine, 43 centimètres. Col largement ouvert. Sommet mobile au détroit supérieur, dos à gauche.

Marche du travail. — Premières douleurs le 27 avril, à 7 heures du soir : tête mal fléchie, mobile au détroit supérieur. Le 28 avril, dilatation comme 5 francs, tête amorcée. A 5 heures, tête dans l'excavation. Dilatation complète à 5 h. 30. Expulsion spontanée à 6 h. 10. Enfant de sexe masculin de 4.080 grammes, mesurant 52 centimètres. BiP., 9 cm. 5. Déli-

vrance naturelle à 6 h. 40, perte peu intense. Vulve et périnée intacts. Utérus bien rétracté. Placenta de 660 grammes. Cordon de 58 centimètres. Suites de couches bonnes.

Observation XXXII

(166 — 1902)

R. F..., âgée de 34 ans, cuisinière, IIIgeste. Régulièrement réglée depuis l'âge de 10 ans. Première grossesse, avortement de trois mois à la suite de forte émotion ; 2e grossesse à 27 ans, une fille, accouchement et suites de couches normaux.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 10 septembre. Mouvements fœtaux en décembre. Au commencement, quelques troubles digestifs et maux de tête.

Examen direct le 26 avril. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux ; paroi mince, vergetures anciennes. Œdème de la vulve. Varices aux membres inférieurs, œdème le soir. Hauteur utérine, 30 centimètres. Segment inférieur très mince. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 27 juin à 7 heures ; tête dans l'excavation en O I D P. Dilatation complète à 4 heures. Expulsion spontanée en O P à 5 h. 10. Enfant de sexe masculin, de 4.050 grammes, mesurant 54 centimètres. BiP., 9 cm. 7. Délivrance naturelle à 7 heures ; rétention des membranes ; hémorragie considérable, utérus à l'appendice xiphoïde, hémorragie externe. Injection chaude et prolongée, curage manuel. Placenta de 530 grammes. Cordon gros, tordu, 57 centimètres de longueur.

Observation XXXIII

(206 — 1902)

M. M..., âgée de 27 ans, sans profession, IIIgeste. Réglée depuis l'âge de 14 ans, toutes les 5 semaines. Première grossesse à terme ; 2e grossesse, avortement à 4 mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 3 décembre. Premiers mouvements à la fin avril. Céphalée et épigastralgie.

Examen direct le 8 septembre. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux. Quelques vergetures et des veinosités. Œdème aux membres inférieurs. Hauteur utérine, 42 cm. Tête mobile au détroit supérieur, dos à gauche.

Marche du travail. — Premières douleurs le 30 septembre à 11 heures du soir, tête mal fléchie engagée en O I G A. A 6 h. 30, rupture précoce de la poche des eaux. Dilatation complète le 1er octobre à 11 h. 30 du matin. Expulsion spontanée à 4 h. 30 du soir. Enfant de sexe masculin, de 4 kil. 270, mesurant 54 cm. BiP., 9 cm.5. Délivrance naturelle à 6 heures du soir. Placenta, 700 gr. Cordon, 62 cm. Suites de couches bonnes.

Observation XXXIV

(228 — 1902)

M. P..., âgée de 37 ans, ménagère. VIIgeste. Régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans. Première grossesse il y a 18 ans, normale ; 2e grossesse quelques mois après, avortement à 5 mois ; 3e grossesse 13 mois après, accouchement à terme normal, enfant vivant ; 4e grossesse 22 mois après, *idem* ; 5e grossesse, *idem* ; 6e grossesse, *idem*.

Marche du travail. — Premières douleurs le 31 octobre à 4 heures du matin. A 5 h. 30 du soir, dilatation à petite paume, tête mal fléchie en O I G A, dans l'excavation, rupture de la poche des eaux. Application de forceps à 5 h. 45. Enfant de sexe masculin, de 4 kil. 500, mesurant 53 cm. Bi-P., 9 cm.1. Délivrance artificielle, hémorragie, injection intra-utérine chaude et abondante. Placenta, 510 grammes. Cordon, 67 cm. Périnée déchiré par accouchement antérieur. Le cinquième jour la femme a de la fièvre. Le 8e jour, nouvelle température. La femme refuse l'injection intra-utérine et est renvoyée de la Maternité.

Observation XXXV

(46 — 1901)

M. G..., âgée de 33 ans, ménagère, IIIgeste. Réglée à 15 ans. Premier accouchement à 28 ans, une fille bien portante ; 2e accouchement à 30 ans, un garçon : suites de couches physiologiques.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 25 mai.

Examen direct le 19 décembre. Pas de signes de rachitisme. Abdomen très volumineux, paroi mince, nombreuses vergetures. Œdème de la vulve. Varices à la cuisse droite. Hauteur utérine, 33 cm. Tête mobile au détroit supérieur, dos à droite. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 12 janvier à minuit. A 6 heures, dilatation complète. Accouchement au forceps à 6 h. 30. Enfant de sexe masculin, de 4 kil. 110, mesure 54 cm. de longueur. BiP., 10 cm.5. Délivrance à 7 h. du matin. Placenta de 850 gr. Cordon de 49 centim. Membranes complètes. Suites de couches physiologiques.

Observation XXXVI

(57 — 1901)

B. A..., âgée de 21 ans. Domestique, primipare. Régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans. Dernières règles le 1er avril. Premiers mouvements au commencement de septembre. Vomissements les premiers mois.

Examen direct le 20 novembre. Abdomen volumineux, beaucoup de vergetures. Varices de la vulve. Varices et œdèmes notables aux membres inférieurs. Tête engagée.

Marche du travail. — Premières douleurs le 25 janvier, à 3 heures du matin. Dilatation complète à 2 h. 30. Expulsion spontanée à 5 h. 20 du soir. Enfant de sexe féminin, de 4.150 grammes, mesure 54 centimètres. BiP., 9 centimètres. Délivrance naturelle à 5 h. 50. Vulve et périnée intacts. Placenta de 660 grammes. Cordon gros, de 65 centimètres. Suites de couches physiologiques.

Observation XXXVII

(151 — 1901)

M. C..., âgée de 23 ans, ménagère. Régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans. Première grossesse à 17 ans, accouchement normal, une fille.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 10 août. Premiers mouvements vers le 10 décembre.

Examen direct le 12 avril. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, paroi mince, vergetures anciennes et récentes. Varices assez marquées, pas d'œdème aux membres inférieurs. Hauteur utérine, 32 centimètres. Col ouvert, a

toute sa longueur. Segment inférieur mince. Tête très mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 3 juin, à 10 heures du soir. Le 4 juin, à 2 h. 20 du soir, dilatation à petite paume, tête mal fléchie et dans l'excavation en O I G A. Dilatation complète à 2 h. 30. Expulsion spontanée à 2 h. 40. Déchirure du périnée. Enfant de sexe féminin de 4.150 grammes : 51 centimètres de longueur. BiP., 9 cm.5. Délivrance naturelle à 2 h. 55. Perte assez abondante. Placenta de 610 grammes. Cordon de 71 centimètres, très épais. Du 5e au 8e jour, température entre 37°, 38°, 3 injections par jour. Le 8e jour, la température baisse progressivement.

Observation XXXVIII

(166 — 1901)

A. B...., âgée de 24 ans, domestique. IIgeste. Régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans. Première grossesse à 22 ans, accouchement normal.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 3 septembre. Vomissements, syncopes, céphalée, troubles de la vue. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, paroi mince. Varices à la vulve et aux membres inférieurs. Hauteur utérine, 28 cm. : col long, ouvert. Segment inférieur très mince. Tête mobile au détroit supérieur, dos à gauche.

Marche du travail. — Premières douleurs le 4 juillet à 11 heures du soir. A midi 15, rupture précoce de la poche des eaux. Dilatation complète à 1 h. 30. Expulsion à 1 h. 45. Enfant de sexe féminin, de 4 kil. 020 gr. : 55 cent. de longueur. Bi-P., 9 cent. Délivrance à 2 h. 10. Perte assez abondante. Placenta de 670 gr. Cordon de 58 cent. Suites de couches physiologiques.

Observation XXXIX

(205 — 1901)

A. A.... âgée de 24 ans, cuisinière. Primipare. Régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans. Dernières règles le 22 novembre (?). Pas de signes de rachitisme. Œdème assez marqué des membres inférieurs.

Marche du travail. — Premières douleurs le 31 août dans la nuit. Le 1[er] septembre à 10 h. 30 du matin, dilatation à grande paume. Tête bien fléchie, dans l'excavation en O I G A. A 1 heure, dilatation complète. Expulsion spontanée à 3 h. 10. Enfant de sexe féminin de 4 kil. 140, 56 cm. de longueur. Délivrance naturelle à 3 h. 30 du soir. Placenta de 700 gr. Cordon épais, 64 cm. de longueur. Suites de couches physiologiques.

Observation XL

(229 — 1901)

L. B.... âgée de 29 ans, ménagère, IIIgeste. Régulièrement réglée depuis l'âge de 10 ans. Première grossesse à 21 ans, accouchement et suites de couches normaux ; 2[e] grossesse à 24 ans, *idem*.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 26 décembre au 4 janvier. Examen direct le 30 septembre. Pas de signes de rachitisme. Abdomen volumineux, paroi mince, quelques vergetures anciennes et récentes. Hauteur utérine, 38 cm. Col long, ouvert. Sommet au détroit supérieur en O I G A. Pas d'albuminurie.

Marche du travail. — Premières douleurs le 4 octobre à 9 heures du soir. Rupture précoce de la poche des eaux à

10 heures du soir, engagement complet. Dilatation complète à minuit. Expulsion spontanée le 5 octobre à 1 h. 40 du matin. Enfant de sexe masculin, de 4 kil. 100, 57 cm. de longueur. Bi-P., 9 cm. Délivrance naturelle à 2 h. 55 ; 450 gr. de caillots. Placenta, 565 gr. Cordon, 59 cm. de longueur. Suites de couches physiologiques.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 mai 1907.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 mai 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !